

Année 1964 - N° 65

TITRE DE LA THÈSE

**L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE
DE LA MAISON D'ARRÊT
DE LYON**

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de LYON

et soutenue publiquement le Mardi 5 Mai 1964

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Michel BÉDAT

Interne des Hôpitaux Psychiatriques
Lauréat de la Faculté de Médecine

né le 20 Septembre 1937

à LYON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554212_0002

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1964 - N°

TITRE DE LA THÈSE

**L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE
DE LA MAISON D'ARRÊT
DE LYON**

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de LYON

et soutenue publiquement le Mardi 5 Mai 1964

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Michel BÉDAT

Interne des Hôpitaux Psychiatriques
Lauréat de la Faculté de Médecine

né le 20 Septembre 1937

à LYON

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens honoraires :

M. J. LEPINE. Membre de l'Institut

M. H. HERMANN. Correspondant de l'Institut

Doyen : M. J. F. CIER

Assesseurs : MM. M. LEVRAT

L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURQUAND, MAZEL, GARIN, GATE,
MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET.

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B.
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B.
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardiovasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C.
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A.
REVOL	Pharmacie galénique
POLLOSSON	Clinique gynécologique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du travail
LEVRAT	Clinique médicale A.
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C.
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio- phonologie.
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et al- lergologie.
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie
GREYSSEL	Clinique traumatologie des membres
DARGENT	Clinique carcinologique

MM.	GUICHARD	Anatomie pathologique
	GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
	LATARJET	Anatomie
	PEYCELON	Pathologie chirurgicale
	GIRARD Marcel	Thérapeutique
	VACHON	Pathologie médicale
	GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
	PAPILLON	Radiologie
	JEUNE	Clinique des maladies infectieuses
	GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale.
	MONNET	Bactériologie
	BANSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales.
	CHATONNET	Physiologie B.
	GUINET	Clinique endocrinologique
	TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique
	FREIDEL	Clinique stomatologique
	MARION Joseph	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles
	DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
	DUMONT Louis	Histologie et embryologie
	PERRROT	Chimie
	CIER J.F.	Physiologie A.
	PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.
	MICHAUD Pierre	Clinique de chirurgie cardiaque
	X.	Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.
	X.	Biologie médicale et pharmacodynamie

Professeurs à titre personnel.

MM.	BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
	BERTOYE	Bactériologie
	MANSUY	Neuro-chirurgie
	COLLET	Chimie pharmaceutique
	SARROUY	Clinique de pédiatrie
	LACROIX	Climatologie
	LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
	LECUIRE	Neuro-chirurgie
	REVOL	Médecine générale
	GOINARD	Thérapeutique chirurgicale.

Professeurs sans chaire.

MM.	ROMAN	Parasitologie
	CIER André	Pharmacie chimique et pharmacologie
	FEROLDI	Anatomie pathologique
	MORET	Physique biologique.

Maîtres de Conférences Agrégés

Titulaires.

MM.	CREYSSEL Roger	Chimie biologique
	THIVOLET	Hygiène
	GARIN	Parasitologie

PINET	Electro-radiologie
ODDOUX	Botanique et cryptogamie
DE SOLLIERS	Chimie analytique
TOLOT	Médecine du travail
DESPIERRE	Médecine générale
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
DESCOTES	Chirurgie générale
JOUVET	Pathologie expérimentale
PEYRIN	Physique biologique
TOMMASI	Anatomie pathologique
BUFFARD	Electro-radiologie
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
DE MOURGUES F.	Stomatologie
NAUSSAC	Maladies infectieuses
REBOUILLAT	Chirurgie générale
ROMAGNY	Pédiatrie
DELAHAYE J.P.	Médecine générale
DELEUZE R.	Anesthésiologie
GIRAUD M.	Electroradiologie diagnostic et thérapeutique
MICHEL	Anesthésiologie.

Maîtres de conférences agrégés stagiaires.

MM.	DUROUX	Anatomie
	BRETTE	Thérapeutique
	BOUCHET	Anatomie
	FAVRE-GILLY	Hématologie
	GIROD	Histologie et embryologie
	GRAS	Chimie biologique
	MALLEIN	Chimie analytique
	RIFFAT	Hygiène
	FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie.
	FLANDROIS	Physiologie
	VIALLIER-RAYNARD	Bactériologie.

Agrégés en exercice.

MM.	BURTHIAULT	Obstétrique
	FRANCOIS	Pédiatrie et puériculture
	GIGNOUX	Oto-rhino-laryngologie
	GUILLEMIN	Chirurgie générale
	JAUBERT DE BEAUJEU	Chirurgie générale
	MARION Pierre	Chirurgie générale
	PLAUCHU	Médecine générale
	PONT	Médecine générale
	SAUTOT	Chirurgie générale
	TRAEGER	Médecine générale
	VIGNON	Médecine générale
	BONAMOUR	Ophtalmologie
	COLIN	Médecine légale
	COLOMB	Dermatologie
	DE MOURGUES Georges	Chirurgie générale
	DEVIC	Médecine générale.

MM. DUMONT Martial	Obstétrique
DURAND	Urologie
FRANCILLON	Chirurgie générale
SAUBIER	Chirurgie générale
SCHOTT	Neuro-psychiatrie
ALLEGRE	Neuro-psychiatrie
CHASSARD	Electro-radiologie
FAYSSÉ	Orthopédie
GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
GARDE	Médecine générale
HUGONNIER	Ophthalmologie
KALB	Pneumo-phtisiologie
LARBRE	Médecine générale
MARET	Chirurgie générale
MORFEX	Médecine générale
NORMAND	Médecine générale
PERRIN André	Médecine générale
BETHENOD	Pédiatrie et puériculture
DUMAS	Stomatologie
FRIES	Médecine générale
GARMIER	Obstétrique
LAMBERT	Médecine générale
MICHOULIER	Chirurgie générale
NOEL	Médecine générale
ROBERT	Médecine générale
SCHNEPP	Orthopédie.

EXAMINATEURS DE LA THESE :

MM. Professeur ROCHE

Professeur DECHAUME

Professeur agrégé COLIN

Professeur agrégé GUYOTAT.

A MA FEMME

A MES PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur ROCHE
Professeur de Médecine légale et de déontologie
à la Faculté de Médecine de LYON.

Nous avons été son élève durant
l'année du CES de Médecine légale. Nous le
remercions du grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de notre jury de
thèse.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR DECHAUME
Professeur de Clinique neuro-psychiatrique
et d'Hygiène mentale.

Nous lui exprimons notre reconnaissance pour l'aide qu'il nous a apportée à la réalisation de cette thèse sur l'annexe psychiatrique de Lyon dont il fut l'un des promoteurs. Nous lui exprimons aussi notre admiration pour la valeur humaine de son enseignement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ COLIN

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse, et permis par ses conseils de mener ce travail à son terme. Ses idées demeurent pour nous une source continuelle d'enrichissement. Nous espérons être digne de ses leçons et de sa confiance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ GUYOTAT

Nous espérons pouvoir être un jour de ses élèves. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de juger ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUJARD
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Il a su nous montrer quelle compétence
et quelle foi devait posséder le médecin dans
l'exercice de son métier.
Nous lui en sommes profondément reconnaissant.

A MADemoisELLE LE DOCTEUR ROTHBERG
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Nous avons été son interne pendant un
an. Elle a su nous aider à découvrir la psy-
chiatric. Qu'elle trouve ici l'expression de notre grati-
tude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROUSSOLLE
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

Médecin de l'annexe psychiatrique de-
puis dix ans, il nous a guidé de ses conseils
tout au long de cette thèse. Interne dans son
service nous espérons pouvoir profiter pleine-
ment de son expérience et nous lui exprimons
notre sincère reconnaissance.

AUX MEDECINS DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DU VINATIER

MONSIEUR LE DOCTEUR ACHAINTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BALVET

MONSIEUR LE DOCTEUR BECACHE

MONSIEUR LE DOCTEUR BERTHIER

MONSIEUR LE DOCTEUR REQUET

A MONSIEUR LE PROFESSEUR REVOL

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL ST JOSEPH DE LYON

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUVIER

MONSIEUR LE DOCTEUR POUZET

MONSIEUR LE DOCTEUR LYONNET

MONSIEUR LE DOCTEUR VERRIERE

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURNIAIRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR Robert GALLAVARDIN
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques "In memoriam"

A MONSIEUR LE DOCTEUR REYSS-BRION

qui dirigèrent l'annexe psychiatri-
que à ses débuts.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANGEL

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRIAND
Médecin-chef du Centre Hospitalier de CHALON S/ SAONE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN
Chirurgien-chef du Centre Hospitalier de CHALON S/ SAONE.

A MONSIEUR CAPRELLI. Directeur des Prisons de LYON

Qui a toujours su faciliter nos rapports avec
l'Administration Pénitentiaire.

A MADAME BUFFARD. Assistante de Psychologie clinique
aux Prisons de LYON

A MADAME PEILLOD. Assistante-sociale de l'annexe psy-
chiatrique des Prisons de LYON

A MES CAMARADES DE L' INTERNAT

Aux infirmiers, infirmières, assistantes sociales et
secrétaires de l'Hôpital Psychiatrique du Vinatier.

INTRODUCTION.

“ La liberté n'est pas qu'un privilège, c'est une épreuve”.

LECOMTE DU NOUY. L'homme et sa destinée L.III chap. I.

Depuis le début du siècle, sous l'influence des idées de Lombroso, se faisait sentir la nécessité d'introduire le psychiatre dans le milieu pénitentiaire.

D'abord, et ce fut le cas en Belgique, le médecin ne fut qu'un anthropologue, recherchant au travers des mensurations de tous genres, ce fameux criminel-né, dont le destin s'orientait inexorablement vers la délinquance.

Puis peu à peu, à mesure que les théories lombrosiennes s'estompaient, le médecin redevint progressivement ce qu'il doit toujours être : un thérapeute.

Mais alors qu'en Belgique, des services anthropologiques fonctionnaient dans diverses prisons, en France rien n'était encore mis sur pied, malgré les propositions de loi, les demandes réitérées d'un petit nombre de juristes et de psychiatres.

Il faudra attendre 1945 et un plan de réforme pénitentiaire pour que l'idée longtemps mûrie de l'annexe psychiatrique en milieu pénitentiaire s'organise dans les textes.

La première annexe psychiatrique a fonctionné à Rennes en mars 1947, puis ce furent Toulouse, Loos, Lille.

A Lyon, l'annexe psychiatrique de la maison d'arrêt fut créée en 1949 ; puis elle dut interrompre son activité après quelques mois, pour être reconstituée en 1954.

Depuis lors, elle existe et elle ne cesse d'augmenter le champ et la diversité de ses actions. Secteur privilégié de la criminologie, en étroite relation avec la Faculté de Médecine, elle devient un lieu d'action où s'élaborent de nouvelles techniques au service de l'homme délinquant, du malade mental.

Après 10 ans de fonctionnement, il convenait de faire un bilan.

C'est ce travail que nous a confié Monsieur le Professeur Colin. Mais ce qui aurait pu paraître simple au premier abord, s'est rapidement révélé très complexe.

En effet, le milieu pénitentiaire est essentiellement différent de ce que nous connaissons dans la vie de tous les jours. Les relations inter-humaines s'y effectuent suivant d'autres modalités ; les façons de voir, de penser, de juger sont autres.

Il nous a donc fallu un temps d' "accommodation" avant de commencer à en distinguer les divers contours ; et ce n'est qu'après une période d'adaptation assez longue que nous avons senti vivre ce service.

Par ailleurs, le régime pénitentiaire impose de se plier à de multiples règles et interdictions régissant l'activité de la prison. Là aussi, il a fallu savoir nous adapter.

Nous présentons ici un aperçu général de l'annexe psychiatrique, sur un plan essentiellement concret, laissant aux praticiens plus qualifiés et plus expérimentés le soin d'élaborer les doctrines.

Après un bref rappel du système pénitentiaire français permettant de mieux situer notre action, nous présentons un historique qui pourra paraître long mais qui nous a paru vraiment capital ; car encore très proche et révélateur de l'obstination et de la patience que doivent posséder tous ceux qui, animés d'une pensée, veulent l'établir dans les actes.

Nous visiterons brièvement les locaux ; nous ferons connaissance avec l'équipe médicale. Puis nous étudierons les différentes activités de l'annexe ; consacrant ensuite, un chapitre particulier aux détenus, avec quelques observations. Nous verrons enfin les relations de l'annexe à l'intérieur et à l'extérieur de la détention.

Nous avons conscience en présentant ce travail, qu'il est incomplet, mais l'annexe psychiatrique touche à un tel nombre de problèmes, qu'il a fallu nous limiter. Nous espérons avoir fait cependant oeuvre utile ; assurés d'ailleurs que pour nous cette thèse n'est qu'un point de départ.

LE SYSTEME PENITENTIAIRE FRANCAIS.

L'Administration pénitentiaire fut, sous la Révolution française de 1789, rattachée au Ministère de l'Intérieur, et c'est seulement au début du XXème siècle que le décret du 20 Mars 1911 fit dépendre les prisons du Ministère de la Justice. Mais il faut attendre le décret-loi du 30 Octobre 1935, pour que l'Administration centrale pénitentiaire soit réorganisée, permettant ainsi à des magistrats issus du cadre du Ministère de la Justice et non plus à des fonctionnaires dépendant du Ministère de l'Intérieur, de diriger l'Administration pénitentiaire, sous l'égide du Garde des Sceaux.

En fait cette réforme n'est que partielle car encore à l'heure actuelle, ce sont des fonctionnaires et non des magistrats qui occupent les postes importants des services extérieurs, et en particulier dirigent les établissements pénitentiaires.

I - L'ADMINISTRATION CENTRALE DES PRISONS.

Depuis 1945, elle ne s'occupe plus des établissements pour mineurs délinquants, qui sont du ressort de la Direction de l'Education surveillée. Elle est dirigée par un haut fonctionnaire, magistrat, qui a sous ses ordres trois chefs de service dirigeant chacun un bureau :

- le Bureau du Personnel.
- le Bureau de l'Exploitation industrielle, des bâtiments et des marchés.
- le Bureau de l'application des peines.

Parallèlement à ces trois bureaux, existent différents organismes, se réunissant à intervalles plus ou moins réguliers :

- le Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire.
- le Comité de libération conditionnelle.

- le Conseil de discipline des membres du personnel,
- le Centre National d'études et de recherches pénitentiaires, de création très récente, puisqu'il a été institué par arrêté du 27 Janvier 1964, du Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, et du Ministre de l'Education Nationale. Nous nous arrêtons plus volontiers à cet organisme, car ainsi que le soulignait son directeur, Monsieur Georges Picca : "Les perspectives qu'il peut ouvrir dans le domaine de la recherche appliquée à une meilleure connaissance des phénomènes de la criminalité et des conséquences de l'exercice de la justice pénale paraissent particulièrement dignes de retenir l'attention".

A noter également, les Inspecteurs généraux des services administratifs qui effectuent périodiquement des tournées de contrôle des organismes pénitentiaires.

2 - CIRCONSCRIPTIONS PENITENTIAIRES.

Il existe en France 9 circonscriptions pénitentiaires dont les sièges se trouvent à Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Paris, Rennes, Strasbourg, Toulouse ; ayant à leur tête un Directeur de Circonscription, encore appelé Directeur régional. Le Directeur régional actuel, s'occupant de la circonscription de Lyon, est Monsieur Meuvrais, qui est également chargé de contrôler les maisons d'arrêt de sa région. Certaines villes, du fait du nombre de leurs établissements pénitentiaires et du nombre de détenus, possèdent en propre un directeur des prisons.

Le Directeur des Prisons de Lyon est actuellement Monsieur Caprelli.

3 - LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES

sont essentiellement de deux sortes :

- les maisons d'arrêt où sont enfermés les prévenus et les condamnés à des peines inférieures à un an de prison. Il y a en principe une maison d'arrêt auprès de chaque tribunal correctionnel. Elles sont dirigées par un surveillant-chef, placé sous l'autorité du Directeur de la circonscription. Ce surveillant-chef est soumis localement à l'autorité du préfet et du sous-préfet, et reçoit des visites d'inspection de magistrats du Tribunal. Par ailleurs existe une commission de surveillance présidée par le préfet, composée d'un certain nombre de membres, les uns de droit, comme le Procureur

de la République, les autres choisis par le préfet parmi les personnalités de l'arrondissement s'intéressant aux choses pénitentiaires. Ces commissions sont chargées de surveiller le bon fonctionnement de la prison.

- les prisons de longue peine ou maisons centrales, renfermant les détenus condamnés à une peine supérieure à un an d'emprisonnement. Au nombre d'une trentaine, elles sont dirigées par un Directeur.

4 - LE PERSONNEL DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE se divise en trois catégories :

- le personnel administratif, dans les établissements de longue peine et les maisons d'arrêt importantes : commis, greffier, comptable, économiste, sous-directeur, Directeur, Directeur de circonscription.

- le personnel éducateur : éducateurs dans les maisons centrales de rééducation.

- le personnel de surveillance, existant dans les maisons d'arrêt et les centrales : Surveillant-auxiliaire, stagiaire puis titulaire, Surveillant-chef adjoint, Surveillant-chef.

5 - LE SERVICE MEDICAL DES PRISONS.

Les maisons d'arrêt comme les centrales, disposent d'un médecin de médecine générale, qui examine les détenus à leur arrivée, et assure ensuite des consultations régulières, 2 à 3 fois par semaine. Il est établi à l'occasion de ces visites, une fiche médicale pour chaque détenu, mentionnant les antécédents pathologiques, l'état de santé actuel, les vaccinations, les examens radiologiques, bactériologiques et sérologiques, et éventuellement les traitements prescrits. Cette fiche médicale suivra le détenu au cas où il serait transféré dans un autre établissement.

A Lyon, existent deux postes de médecin des Prisons :

- un poste assuré par le Docteur Mogard, médecin-chef, (également médecin du personnel) pour la maison de correction de St Joseph, la prison militaire, et la maison d'arrêt de Montluc.
- un poste assuré par le Docteur Gonin, médecin-assistant, pour la maison d'arrêt de St Paul.

• Depuis 1945, ont été créés des postes d'infirmières dans chaque établissement ; à temps complet ou à temps partiel, suivant l'importance de la prison.

Pour les prisons de Lyon : postes d'infirmières à temps complet.

Prison St Joseph (où se trouve l'infirmier de 23 lits) : Melle Sablière, assistée d'un surveillant-chef adjoint.

Prison St Paul (où existe un bureau médical de médecine générale, mais pas d'infirmier) : Melle Fuvet et Mme Vanet.

Prison militaire, et Maison d'arrêt des femmes : Melle Isaac.

- le service social des prisons fut créé par une circulaire de l'Administration pénitentiaire le 29 Juin 1945.

C'est ainsi qu'existent : une assistante sociale chef siégeant à la Direction de l'Administration pénitentiaire, des assistantes sociales régionales.

A Lyon, assistantes sociales à temps plein.

Prison St Joseph : Mme Bonnot.

Prison St Paul : Mme Mallein

Mme Peillod s'occupant exclusivement de l'annexe psychiatrique.

Par ailleurs une assistante sociale est plus spécialement chargée des "jeunes adultes" et des différentes enquêtes : Melle Bouillot.

Enfin, deux assistantes sociales siégeant au Comité de probation et d'assistance aux libérés.

- Spécialités.

Le médecin de médecine générale peut faire appel, le cas échéant à un ou plusieurs spécialistes ; ou adresser après accord de l'Administration tel ou tel détenu à une consultation d'un hôpital de la ville.

A noter la présence d'un dermato-vénérologue assurant au moins une fois chaque semaine le dépistage systématique des maladies vénériennes, ainsi que les traitements nécessaires.

A Lyon, les consultations sont assurées à la prison par le Docteur

Rousset, assisté d'une infirmière-assistante sociale, Melle Peisscle.

Consultations régulières d'oto-rhino-laryngologie tous les 15 jours ; d'ophtalmologie toutes les 3 semaines.

- Soins dentaires.

Ils sont, soit aux frais des détenus s'ils possèdent de l'argent, soit aux frais de l'Administration dans le cas contraire. On fait appel pour cela à un chirurgien-dentiste de la ville.

- Hospitalisation.

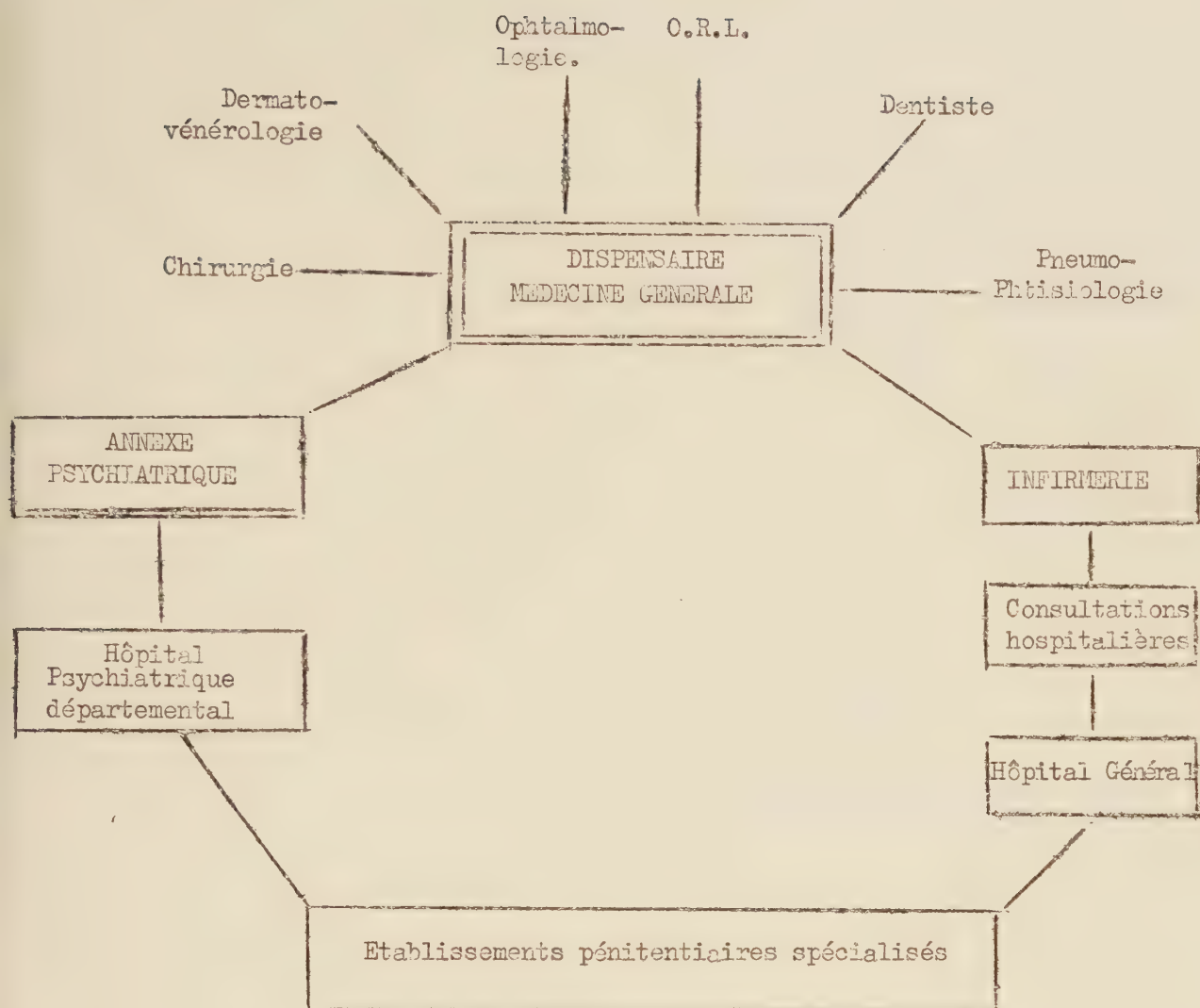
Il existe dans chaque prison, une infirmerie où sont couchés les détenus malades ; si leur état nécessite des soins en milieu hospitalier, le médecin de la prison pourra demander l'hospitalisation après accord du Juge d'Instruction (s'il s'agit d'un prévenu) du Directeur et de la Préfecture. Le détenu sera dans ce cas placé dans une chambre de sûreté, s'il en existe. A Lyon, actuellement l'Administration pénitentiaire dispose de 11 lits à l'hôpital de l'Antiquaille. Sa garde incombe à la police locale.

A noter également, un service de pharmacie assuré à Lyon, par Monsieur Bounan, docteur en pharmacie.

Il faut enfin noter l'existence d'établissements médicaux importants, destinés exclusivement aux détenus et sous le contrôle de l'Administration pénitentiaire. Ainsi l'Hôpital Central de Fresnes, le sanatorium pénitentiaire de Liancourt, l'infirmerie du centre pénitentiaire de Saint-Martin de Ré pour les cas de tuberculose osseuse ou ganglionnaire, l'établissement psychiatrique spécialisé de Château-Thierry.

Ainsi, on voit l'importance de plus en plus grande que prend au sein des organismes pénitentiaires l'appareil médical. Le dispensaire de médecine générale devient une plaque tournante à partir de laquelle les malades sont orientés vers telle ou telle spécialité.

Et parmi ces spécialités, la psychiatrie prend chaque jour, comme dans le secteur public d'ailleurs, une place de plus en plus étendue. C'est dire le rôle indispensable que va jouer l'annexe psychiatrique comme maillon de ce vaste ensemble.



CHATEAU-THIERRY
Etablissement
Psychiatrique
Centre d'obser-
vation psychia-
trique.

FRESNE
C.N.O et
Hôpital

Sanatorium
de
LIANCOURT

ST MARTIN DE RE

HISTORIQUE DES ANNEXES PSYCHIATRIQUES.

C'est en Belgique que sont apparues les premières annexes psychiatriques des prisons.

En 1907, un médecin belge, Louis Vervaeck, avait étudié les délinquants sous le couvert d'une tolérance administrative à la prison de Forest à Bruxelles. S'inspirant des théories de Lombroso, il avait découvert parmi les délinquants, un nombre élevé d'individus présentant des anomalies morphologiques et fonctionnelles et des anomalies psychiques.

Grâce à l'appui du ministre Emile Vandervelde, Vervaeck put obtenir la création, dans toutes les prisons importantes de Belgique, d'un service d'anthropologie criminelle, fonctionnant à côté du service médical ordinaire.

Ce service d'anthropologie dirigé par un médecin-psychiatre, était chargé d'étudier les anomalies physiques des détenus au moyen de diverses techniques : photographie, prise des empreintes digitales, mensurations du crâne, du corps, des membres ; relevé des irrégularités et des asymétries ; les détenus placés ainsi en observation, occupaient un local de la prison appelé "annexe psychiatrique".

Ces organismes qui au début avaient essentiellement un but de détection, permirent aux législateurs belges de se rendre compte qu'un grand nombre de détenus n'avaient pas leur place en prison, mais relevaient d'établissements psychiatriques.

C'est pourquoi en avril 1930, fut votée une loi dite de Défense sociale, en vertu de laquelle les délinquants anormaux et aliénés, cesseraient d'être acquittés comme irresponsables et remis dans la société quoique toujours dangereux, mais seraient envoyés pour y subir un traitement scientifique dans des établissements appropriés dits de Défense sociale.

En France, c'est après la première guerre mondiale que l'on voit

apparaître les premiers organismes et les premières structures se rapportant aux malades mentaux dans les prisons. Il faut cependant signaler qu'en France à la fin du XIXème siècle (1876) existait à la maison centrale de Gaillon un quartier spécial pour les anormaux mentaux. Malheureusement l'expérience ne fut pas poursuivie. En 1920, fondation de la ligue d'hygiène mentale par le Docteur Toulouse, en même temps qu'un centre de prophylaxie mentale réservé à la prophylaxie criminelle.

En 1925, une commission de réforme pénitentiaire, dont faisait partie Balthazard, s'inquiète de l'amélioration à apporter aux moyens de détection des anomalies mentales.

En 1927, le Docteur Toulouse fait état des mauvaises conditions de pratique des expertises mentales.

A cette époque, les Docteurs Rovecart et Vuillien de Lille s'inspirant de l'expérience belge, tentent d'ouvrir une annexe psychiatrique à la maison d'arrêt de Loos (examens de dépistage systématique, mise en observation), mais leur entreprise ne peut être poursuivie.

En 1930, alors que la Belgique votait la loi de défense sociale, Blaque-Belair et Ceillier présentent un "projet de résolution invitant le gouvernement à créer des annexes psychiatriques dans les prisons et les laboratoires d'anthropologie criminelle".

Malheureusement ce projet ne suscita aucune réponse de la part des services publics et resta en sommeil.

En 1936, un décret du 31 Mars créait, dans un but expérimental, des services d'examen psychiatriques dans les prisons de la Santé, la Petite Roquette et Fresnes ; assurés par les Docteur Ceillier, Schiff, Cenac et Melle Badonnel.

En 1937, un nouveau projet de loi, s'inspirant de la loi de défense sociale belge, est présenté par Lisbonne et Oulicovich également sans succès.

Il faut attendre la fin de la 2ème guerre mondiale pour voir apparaître un vaste plan de réforme pénitentiaire. Le 9 Décembre 1944, l'Administration pénitentiaire se dota d'une Commission de réforme, chargée entre autres choses de l'élaboration d'un nouveau texte de loi de défense sociale.

Sous l'impulsion de Piprot d'Allemaume, sont mises en place des commissions d'études médico-juridiques à Paris et dans les grandes villes de France.

En 1946, le 2 Juillet, une séance tenue sous la présidence de Monsieur Amor, Directeur général de l'Administration pénitentiaire, définit le rôle des annexes psychiatriques : "Elles ont pour but d'éclairer la justice par le dépistage et le traitement des délinquants mentalement anormaux, qui se trouvent dans les établissements pénitentiaires ... C'est-à-dire les déséquilibrés, les pervers, les toxicomanes, les alcooliques, les épileptiques ... Il s'agit en effet de sujets présentant des troubles mentaux qui ne suppriment que partiellement leur responsabilité. En général, ils ont commis leur délit en dehors d'un état de crise et leur psychopathie en principe n'est pas apparente

A l'heure actuelle, ce dépistage est fait par des expertises mentales qui sont ordonnées par le juge d'instruction soit spontanément, soit à la requête des avocats.

Cette manière de procéder est hasardeuse. Il faut la remplacer par le dépistage systématique. Ce sera la fonction essentielle des annexes psychiatriques auprès des prisons. Au lieu que les expertises soient laissées à la seule initiative des juges et des avocats, elles seront proposées par le psychiatre de l'annexe où auront été examinés tous les détenus de l'établissement ... Suivant le développement donné à ces annexes psychiatriques, celles ci pourraient aller de la simple infirmerie jusqu'au laboratoire complet"

A cette époque, Barbey, Ceillier et Schiff, rapporteurs d'un projet de loi, indiquaient quelle devait être l'organisation d'une annexe.

"Pour qu'elle puisse fonctionner de façon utile, elle devra comprendre, du point de vue théorique :

1) un psychiatre placé sur un plan d'égalité, en fait et en titre, avec le médecin de médecine générale.

2) un interne spécialisé en psychiatrie.

3) une infirmière spécialisée en psychiatrie.

4) une assistante sociale spécialisée en psychiatrie.

5) un assistant ou une assistante en psychologie expérimentale, chargé de tous les tests.

6) un assistant ou une assistante de psychanalyse avec mission d'investigation, éventuellement de cure.

7) un assistant ou une assistante de typologie.

8) un chef de laboratoire.

La première annexe psychiatrique a fonctionné à Rennes en Mars

1947 avec Mademoiselle le Docteur Rousset, les Docteurs Guillaume et Sizaret. Puis ce furent les annexes de Toulouse en juin 1947, Loos en juillet 1947, et Lille.

En 1950, en même temps qu'étaient créés le Centre national d'orientation de Fresnes, et un centre d'observation et de traitement pour détenus suspects de troubles mentaux dans l'ancienne maison d'arrêt de Château-Thierry, le Ministère de la justice, en accord avec le Ministère de la santé, décidait l'ouverture des annexes psychiatriques dans les principales maisons d'arrêt (circulaire du 5 Octobre 1950 et lettre de 1952).

Si au terme de ce bref rappel historique on cherche ce qui a poussé des médecins, des juristes, des hommes politiques, à vouloir la création d'annexes psychiatriques ; on s'aperçoit qu'ils ont obéi à une règle qui veut que l'on considère toujours l'homme coupable ou innocent comme une entité complexe. Or il existait une rupture entre les sciences de l'homme et le Droit Pénal. C'est le mérite de la criminologie d'avoir su établir des liens entre le Droit, la Médecine, la Psychologie, la Sociologie.

Les annexes psychiatriques constituent un des lieux privilégiés de son action.

"Le crime est un acte humain, écrit de Greef dans son Introduction à la Criminologie.

Il engage la personnalité du coupable, il en révèle certaines intentions. Mais la collectivité ne peut rester indifférente devant cet acte qui constitue en même temps qu'un fait personnel, un fait social. Ce sont là, les données évidentes du problème criminel, celles que les sociétés les plus primitives aussi bien que les plus évoluées perçoivent clairement.

Chacun des grands groupes humains possède ainsi son droit pénal dont l'origine se perd dans la nuit des temps, se continuant avec des coutumes et des usages non écrits. Il est raisonnable de supposer qu'au moment où les premières codifications eurent lieu, une évolution s'était déjà opérée et que ces premiers codes représentaient déjà une sélection de comportements possibles devant l'activité antisociale. Cette évolution et cette sélection se continuèrent à travers la loi écrite. Il existe de la sorte une histoire de transformations du Droit.

Mais cette transformation ininterrompue opérée sous l'influence de poussées sociales, tantôt cruelles, tantôt bienveillantes, a été marquée depuis un siècle, par un troisième aspect de l'acte criminel : son aspect biologique, c'est-à-dire qu'il a fallu tenir compte du fait qu'au delà de la déci-

sion volontaire d'un individu, il existe un organisme et que non seulement il existe un rapport entre cet organisme et la pensée, ce que l'on savait depuis longtemps, mais que la perfection de l'organisme conditionne la perfection de la pensée. Le rapport entre les deux n'est pas un rapport autophysique mais un rapport fonctionnel.

Ce rapport fonctionnel conçu nettement depuis Aristote est resté longtemps une pure vue de l'esprit. Le motif en est l'ignorance où l'homme se trouvait des modalités possibles de ce rapport. Ce n'est que peu à peu, et assez rapidement cependant dans ce dernier siècle, que les connaissances biologiques et en même temps qu'elles les connaissances psychologiques, se sont développées suffisamment pour donner lieu à des tentatives d'explication scientifique et pour poser à nouveau le problème d'une façon aiguë.

Le juriste d'aujourd'hui n'ayant aucune formation biologique peut encore en toute sécurité penser et légiférer comme jadis ; mais dès que son esprit est venu en contact avec les données biologiques actuellement acquises, il se rend compte de la nécessité d'intégrer ce point de vue nouveau dans les vues anciennes. Ce n'est pas là une chose aisée, car, en somme, ces trois aspects de l'acte criminel ne se meuvent pas exactement sur le même plan ; et les modifications du droit pénal exécutées sous l'influence des exigences biologiques ont quelque chose d'inachevé, de provisoire, d'hybride. Il doit en être ainsi : la biologie criminelle n'est pas à même, en ce moment, de faire face à tous les problèmes posés."

D'ailleurs les juristes se sont rendus compte, eux-aussi, de l'intérêt que représentait la Criminologie. C'est Monsieur Piprot d'Allemaume qui écrit "l'évolution du Droit Pénal ne s'est en effet accomplie jusqu'ici que par l'adjonction, sans liens organiques, de mesures de défense sociale purement empiriques, à un système juridique d'inspiration classique auquel on a demandé de plus en plus de concessions. Des progrès pragmatiques appréciables ont été ainsi réalisés. Mais l'on se heurte aujourd'hui à une impossibilité rationnelle à progresser plus en avant, faute de synthèse doctrinale ... En effet la défense sociale demande que les progrès réalisés par les sciences de l'homme et la sociologie soient largement intégrés dans le Droit.

L' ANNEXE PSYCHIATRIQUE DE LA MAISON D'ARRET DE LYON.

CHAPITRE I - HISTORIQUE.

C'est en 1948, à la suite des visites à Lyon de Monsieur Piprot d'Allume, chargé de mission au Ministère de la Justice, que fut créée une section lyonnaise de la Commission d'études pour l'organisation d'annexes psychiatriques et l'élaboration d'une loi de défense sociale. Désigné comme président de la sous-commission, plus spécialement chargée des problèmes médicaux, le 1er Mars 1948 ; Monsieur le Professeur Dechaume en accord avec Monsieur le Docteur Robin, inspecteur divisionnaire de la Santé, sollicitait de Monsieur Paoli, alors directeur régional des services pénitentiaires, l'autorisation d'organiser des visites de dépistage des détenus anormaux dans les prisons.

Pour ceci il demandait :

- la permission pour les médecins neuro-psychiatres non-experts et non médecins de la prison de pénétrer dans les prisons.
- la disposition d'un local d'examen à la prison.
- l'organisation du choix des détenus à examiner.

Le Ministère de la Justice donna son autorisation.

Puis le 12 Octobre 1949 seulement, le Ministère de la Santé Publique et de la Population accordait à "la consultation d'hygiène mentale de la Maison d'Arrêt de Lyon" une subvention de 45.000 francs en précisant toutefois "Sur la demande de Monsieur le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, j'ai donné mon accord à la création de consultations d'hygiène mentale dans un certain nombre de maisons d'arrêt parmi lesquelles se trouve celle de Lyon. Ces consultations doivent être organisées comme une annexe des consultations qui fonctionnent dans le cadre du service départemental d'hygiène mentale et prises en charge, de ce fait, sur les crédits dudit service". Les projets purent donc être repris, et le 17 Janvier 1950, une réunion eut lieu

à la Direction régionale de l'Administration pénitentiaire, comprenant Monsieur Paoli, directeur régional de l'Administration pénitentiaire, Monsieur Joroux, directeur des prisons ; Monsieur le Professeur Dechaume et Monsieur le Docteur Robert Gallavardin, médecin des hôpitaux psychiatriques ; le Docteur Robin, Inspecteur divisionnaire de la Santé s'étant excusé.

Monsieur le Docteur Gallavardin, secondé par Monsieur le Docteur Reyss-Brion, chef de clinique neuro-psychiatrique fut chargé de la responsabilité pratique de l'organisation de l'annexe psychiatrique de la maison d'arrêt.

Le 25 Janvier 1950, le Ministère de la Justice, par une note adressée à Monsieur le Directeur de la Circonscription pénitentiaire de Lyon, confirmait les décisions prises :

Je vous confirme les principales dispositions qui ont été arrêtées lors de la réunion organisée le 17 Janvier dernier à la maison d'arrêt de Lyon en vue d'organiser dans cet établissement une annexe psychiatrique.

1°) Organisation matérielle.

L'annexe psychiatrique sera placée au rez-de-chaussée du quartier F. Elle comprendra un cabinet de consultations, un poste de garde (actuel poste de garde pour les condamnés à mort), un dortoir de 4 ou 5 lits et 10 cellules.

Vous voudrez bien faire effectuer dans le plus bref délai possible les travaux d'aménagements nécessaires : démolition d'un mur entre deux cellules pour en faire un petit dortoir, aménagement de l'une des cellules en cabinet de consultations avec pose d'un lavabo et mise en place du mobilier nécessaire : table, chaises, lit d'examen, armoire pour instruments et fiches, peintures du couloir et blanchiment des cellules, pose d'une porte à l'entrée du quartier avec inscription : "annexe psychiatrique" ; aménagement de deux cellules de condamnés à mort au quartier G pour permettre de déplacer celles qui se trouvent actuellement au quartier F.

2°) Personnel.

a) Psychiatres. L'annexe sera dirigée par M. le Docteur Robert Gallavardin, médecin des hôpitaux psychiatriques, qui sera aidé par Mr. le Docteur Reyss-Brion.

b) Infirmière spécialisée. Mr. le Docteur Robert Gallavardin va rechercher une infirmière susceptible d'être affectée à temps complet à l'annexe. Dès qu'il aura fait connaître le nom de la candidate choisie par lui, vous constituerez immédiatement son dossier et vous me l'adresserez.

c) Surveillants. 4 surveillants seront affectés par roulement à l'annexe.

Vous vous préoccuperez de choisir parmi les surveillants de la Maison d'Arrêt ou de la Maison de Correction, des agents qui, en raison de leurs qualités professionnelles et de leur degré d'instruction, sont susceptibles de remplir ces postes. Ils devront notamment avoir une instruction suffisante et être capables d'observer le comportement des détenus placés à l'annexe et d'en rendre compte à l'infirmière et au médecin psychiatre.

Dès que vous les aurez choisis vous vous mettrez en rapport avec Mr. le Docteur Robert Gallavardin et ils auront à faire un stage d'un mois à l'hôpital psychiatrique du Vinatier.

3°) Fonctionnement.

A chaque visite du médecin psychiatre, les entrants de la Maison d'Arrêt ou de la Maison de Correction seront conduits à l'Annexe où ils subiront des examens pratiqués par le médecin psychiatre et par l'infirmière sous la direction de celui-ci.

Un registre sera ouvert qui permettra de consigner les résultats de l'examen systématique de tous les détenus entrants. Il appartiendra au médecin psychiatre d'en déterminer la composition.

Je crois toutefois devoir signaler que dans les prisons belges où existent depuis de nombreuses années des annexes psychiatriques, ce registre comporte les 13 colonnes suivantes :

- Nom et prénoms.
- Délits - P. ou R. Il est noté l'inculpation (d'après les dires de l'intéressé), s'il est primaire ou récidiviste.
- Nationalité (profession).
- Hérité (on demande à l'intéressé s'il a des ascendants ou des collatéraux atteints de maladie : tuberculose, syphilis, folie, etc ..)
- Antécédents médicaux (on demande à l'intéressé quelles sont les maladies graves qu'il a faites).

- Alcooliques - toxiques (toujours d'après l'intéressé, à moins qu'un élément permette de le découvrir).
- Crises nerveuses - tares mentales (d'après les déclarations de l'intéressé, et si cela paraît nécessaire, d'après les observations du psychiatre).
- Santé actuelle (d'après l'intéressé, sauf à faire parfois un examen plus approfondi).
- Tares dégénératives (le psychiatre note les tares qui lui apparaissent).
- Instruction - niveau mental d'après l'intéressé et les observations qu'a faites le psychiatre au cours des réponses précédentes.
- Situation familiale (mariage, nombre d'enfants).
- Activité professionnelle.
- Observations (en général assez sommaires).

Lorsque le psychiatre estimera que le détenu n'est pas justiciable d'un examen plus prolongé, il le renverra en division. Dans le cas contraire, le détenu sera placé en observation dans l'une des cellules ou dans le dortoir de l'annexe psychiatrique.

A la fin de cette période d'observation et si le médecin psychiatre relève des tares susceptibles d'être signalées au magistrat du parquet d'instruction, il porte ses observations sur un second registre. Ce registre est remis à la Direction des Prisons de Lyon, qui adresse au Parquet une copie des observations du médecin psychiatre.

Il appartiendra au magistrat du Parquet ou au Juge d'Instruction compétent de désigner, s'il le juge utile, un expert qui viendra examiner le détenu.

Les feuilles d'observations qui ont été rédigées pendant le placement du détenu à l'annexe seront mises à la disposition de l'expert, afin de lui donner ainsi tous les éléments d'information qui ont pu être récemment recueillis.

Vous voudrez bien porter la présente note à la connaissance de Mr. le Docteur Gallavardin.

J'attacherais du prix, au surplus, à ce que vous me teniez informé de la date à laquelle l'annexe psychiatrique aura commencé à fonctionner.

Je serais heureux, d'autre part, que Mr. le Docteur Gallavardin

veuille bien, au bout de quelques mois, ne faire connaître les résultats d'ensemble de ses examens et ne fasse toutes suggestions utiles en vue de l'amélioration du fonctionnement de l'annexe.

P/ le Directeur de l'Administration
Pénitentiaire.

Signé : CH. GERMAIN.

Le 28 Février 1950, Monsieur le Docteur Gallavardin remettait à Monsieur le Directeur de l'Administration pénitentiaire un compte-rendu du premier mois de fonctionnement de la consultation d'hygiène mentale de l'annexe psychiatrique de la Maison d'Arrêt de Lyon.

J'ai l'honneur de vous rendre compte du fonctionnement de la consultation psychiatrique qui sera ultérieurement faite dans les locaux de l'annexe psychiatrique, pour le premier mois de son fonctionnement.

Il était convenu que, pendant la période d'organisation de l'annexe psychiatrique, une consultation psychiatrique où serait pratiqué un examen mental systématique et sommaire des détenus, commencerait à fonctionner immédiatement.

Or, la préparation des locaux et leur aménagement est en voie d'exécution ainsi que la sélection du personnel apte à s'adapter aux nouvelles tâches d'observation qui lui seront confiées.

La consultation fonctionne depuis le 31 Janvier 1950, à raison de trois vacations de trois heures chacune par semaine, comme il était prévu. Elle est assurée par moi-même, et je suis secondé dans cette tâche par le Dr. Reyss-Brion. Je prends cette occasion pour vous remercier d'avoir bien voulu me désigner pour assumer ces fonctions.

J'ai déjà, par lettre du 1er Février 1950, présenté à Monsieur le Directeur de la Maison d'Arrêt de Lyon, qui était chargé de l'organisation matérielle de l'annexe, quelques observations relatives à nos desiderata du point de vue matériel et aménagement des locaux, ainsi que du point de vue du choix des surveillants qui y seront affectés, et enfin au sujet de l'inscription "annexe psychiatrique", en lui demandant de vous les transmettre s'il le jugeait utile.

Dans ce rapport qui ne porte que sur quatre semaines de fonction-

nement, et qui ne constitue qu'un préliminaire à celui que vous ne demandez après quelques mois de fonctionnement, je ne permettrai d'attirer votre attention sur un certain nombre de points :

1°) Le mode de fonctionnement des examens psychiatriques systématiques.

2°) Les premiers résultats exposés sous la forme d'une classification provisoire.

3°) Quelques remarques de caractère général, en ce qui concerne le temps qui nous a paru nécessaire pour l'examen d'un détenu et celui qui serait nécessaire pour que tous les détenus puissent être examinés dans des conditions satisfaisantes.

4°) Quelques précisions sur la compatibilité entre les fonctions de médecin de l'annexe psychiatrique et celle de médecin expert, ainsi que sur les conditions de rétribution des vacations.

I. MODE DE FONCTIONNEMENT DES EXAMENS PSYCHIATRIQUES SYSTEMATIQUES.

Vous demandez qu'un registre soit ouvert qui permette de consigner les résultats de l'examen systématique de tous les détenus entrants. Vous suggérez que sa composition pourrait s'inspirer des 13 divisions que comportent de semblables registres en Belgique. Vous me laissez cependant toute liberté pour en déterminer la composition.

Il n'apparaît qu'il serait très difficile, si l'on veut conserver l'attitude psychiatrique et médicale en face du détenu que l'on examine, de tenir un pareil registre en le remplissant devant le sujet. Celui-ci aurait l'impression d'une enquête médico-judiciaire et resterait certainement sur la réserve, alors qu'il importe, au contraire, qu'il ait le contact le plus direct avec le psychiatre pour sortir de sa réserve et, en se livrant, faire apparaître des troubles qui risqueraient sans cela de rester masqués.

Je crois que les renseignements fournis par le détenu devraient être portés sur une fiche psychiatrique, par l'infirmière pour une partie, et pour une autre partie, par le psychiatre. D'ailleurs ce système se prête mieux aux possibilités de notation d'après un interrogatoire systématique, comme aux observations ou aux précisions que suggère tel ou tel cas particulier. Je craindrais qu'un registre eut un cadre trop rigide en égard à ces nécessités. Je ne permets de joindre à ce rapport un exemplaire d'une fiche psychiatrique provisoire que j'ai fait établir. Les 13 rubriques que vous me signalez y trouvent leur place, comme je l'ai indiqué en les surchargeant. Mais elles sont ramassées en 9 chapitres

tres qui envisagent chacun la vie du sujet à un point de vue différent.

Un registre tel que celui que vous demandez aurait, dans cette manière de pratiquer l'examen mental systématique, un rôle très utile comme répertoire, permettant de retrouver les fiches des détenus examinés, et il serait sans doute opportun que les particularités apparues dans chacun des 9 chapitres y fussent mentionnées d'un mot, pour donner à la simple lecture de ce répertoire un très bref résumé des résultats de l'examen. Il pourrait être tenu par l'infirmière.

Quand les observations concluraient à l'existence de tares mentales ou d'anomalies psychiatriques sérieuses et qu'il paraîtrait utile de les signaler aux magistrats instructeurs, les notes du précédent registre seraient transcrites sur un nouveau registre qui serait alors remis à la Direction des Prisons de Lyon, dans le but d'adresser au Parquet une copie des observations du médecin psychiatre. La fiche psychiatrique afférente serait tenue à la disposition de l'expert, qui pourrait éventuellement être désigné pour pratiquer son examen mental.

En ce qui concerne l'observation dans l'annexe psychiatrique, celle-ci ne semble devoir se pratiquer suivant les indications ci-après :

- a) le caractère dubitatif des conclusions (impliquant l'utilité d'un examen et d'une observation plus sérieuse),
- b) la nature des anomalies mentales suspectées.
- c) la gravité des actes délictueux, et la dangerosité.
- d) les antécédents judiciaires et la possibilité de récidive ou de prophylaxie.

Au cours de cette période d'observation, la fiche psychiatrique initiale pourra être complétée, et surtout une feuille d'observation psychiatrique et de comportement y sera jointe dans le but de préciser et de justifier autant qu'il sera possible les conclusions qui pourraient être transmises au Parquet par le Directeur des Prisons.

II. PREMIERS RESULTATS.

Ces résultats ont été obtenus dans des circonstances matérielles précaires, du fait de plusieurs circonstances :

La nécessité d'adaptation à un examen mental rapide des détenus, en rapport avec la notation sur la fiche psychiatrique provisoire.

Le caractère sommaire des locaux mis à notre disposition, bien que la Direction des services pénitentiaires et celle des prisons de

Lyon nous aient facilité dans toute la mesure du possible les choses;

Le manque actuel d'une infirmière spécialisée qui pourrait dans le classement des fiches et la prise des renseignements nous rendre les plus grands services, en rendant plus efficace et plus rapide notre examen.

Nous exposerons ces résultats sous les rubriques suivantes, dont nous signalons le caractère provisoire :

a)	<u>NORMAUX</u>	Pas d'anomalie psychique nette -----	25	35 %
b)	<u>SUBNORMAUX</u>	Anomalies psychiques fréquentes ou sans gravité, impliquant la possibilité d'une adaptation sociale sensiblement normale -----	29	40 %
c)	<u>ANORMAUX</u>	Anomalies psychiques graves, avec difficultés consécutives certaines de l'adaptation sociale et possibilité de motivation du délit. Expertise souhaitable. Observation souvent inutile -----	3	4 %
d)	<u>DOUTEUX</u>	Cas limites entre b et c où une expertise apparaît possible, mais non nécessaire, du moins jusqu'à ce que l'observation de certains d'entre eux ou les résultats sérologiques aient montré l'importance et la réalité des troubles -----	15	20 %

Au total 72 détenus ont été examinés en 10 vacations de 3 heures.

III. REMARQUE SUR LE TEMPS D'EXAMEN.

Avant que l'annexe psychiatrique ou la consultation de psychiatrie prenne une valeur officielle du fait de la notification des conclusions au Directeur des Prisons et au Parquet, il ne paraît important de prévoir pour l'avenir ce que pourra être la durée moyenne de l'examen d'un détenu et le nombre de vacations qui seraient nécessaires pour assurer une visite systématique dans des conditions satisfaisantes, ainsi qu'une observation dans l'annexe psychiatrique.

A/ temps nécessaire pour l'examen d'un détenu.

Ce temps, qui est actuellement de 25 minutes par sujet, ne paraît pouvoir être notablement réduit ; mais, même avec la présence et l'aide d'une infirmière, il ne semble qu'il ne peut être inférieur à 15-20 minutes. En effet, la pratique d'un examen psychiatrique, même superficiel nécessite un contact entre le médecin et le malade (ou supposé

tel), qui n'est pas immédiat. Un examen nerveux très sommaire est toujours nécessaire. De plus, la notation d'un certain nombre de précisions sur une fiche, même déjà partiellement remplie, nécessite un certain temps. Enfin il n'est pas question de s'en remettre au simple bon sens et au jugement rapide d'un état mental. Dans ce cas, en effet, l'appréciation du Juge d'Instruction sur la possibilité de troubles mentaux serait suffisante ; on doit, au contraire, essayer de dépister ceux chez lesquels les troubles mentaux, quoique réels, restent peu apparents. Même si l'on pouvait être tenté de faire par nécessité des examens psychiatriques par trop superficiels, la possibilité de demande d'expertise par la défense entraînant la venue d'un médecin-expert qui réclamerait la fiche psychiatrique, est un véritable contrôle, toujours possible, et qui implique que les examens soient faits de façon aussi rapide mais aussi consciencieuse que possible, donc en un certain laps de temps.

B/ Nombre de vacations nécessaires pour pratiquer l'examen mental systématique de tous les détenus hommes de la Maison d'Arrêt et de Correction, en assurant l'observation dans l'Annexe Psychiatrique.

Monsieur le Directeur de la Circonscription pénitentiaire de Lyon nous indiquait un rythme de 6 entrées par jour, soit 180 hommes par mois.

Si l'on admet qu'il faut entre 15 et 20 minutes par détenu, soit 7 détenus par deux heures, et que l'on se rappelle que le mois comporte 26 jours ouvrables, on constate qu'il faut 52 heures d'examen par mois, soit pour 26 jours ouvrables, un examen quotidien de 2 heures.

De plus, il est certain que l'observation des détenus qui seront placés à l'annexe psychiatrique, le contrôle des registres tenus par l'infirmière sous la surveillance du médecin, la prise de connaissance des rapports fournis par les surveillants, doit occuper un minimum d'une heure par jour.

Il apparaît donc que pour faire fonctionner à la fois la consultation et l'observation à l'annexe psychiatrique, il est nécessaire de prévoir des vacations quotidiennes de 3 heures chacune, en ne comptant que les jours ouvrables.

IV. PRECISIONS SUR LA SITUATION DES MEDECINS CHARGES DE L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE.

Il m'apparaît important de poser la question de la compatibilité entre les fonctions de médecin-expert et celle de médecin de l'annexe

psychiatrique, comme celle de la rétribution des vacations;

A/ Compatibilité des fonctions de médecin-expert et de médecin de l'Annexe Psychiatrique.

Il est évident que les fonctions de médecin de l'annexe psychiatrique ne sauraient constituer, pour celui qui en est chargé, un motif d'être désigné préférentiellement comme expert par les magistrats instructeurs ou le tribunal. D'ailleurs des considérations déontologiques s'opposeraient à cette manière de voir d'une façon formelle.

Mais il serait nécessaire d'être assuré que ces fonctions ne seraient pas envisagées, au contraire, comme une difficulté à une telle désignation, qui pourrait dès lors paraître, sinon impossible, du moins exceptionnelle. Cette attitude pourrait s'appuyer sur différents arguments : d'une part les Magistrats Instructeurs, dans un but de plus grande objectivité, pourraient tenir à désigner un autre expert que celui qui leur a signalé les troubles psychiques en tant que médecin de l'annexe psychiatrique, dans le but d'un contrôle réciproque et partant, d'une plus grande objectivité. D'autre part, on pourrait invoquer une incompatibilité entre les fonctions de Médecin-Expert et de médecin traitant, comme le dit expressément l'article 48 du Code de Déontologie Médicale.

Or, en ce qui concerne le second point de vue, il n'apparaît pas que l'activité du médecin de l'annexe psychiatrique puisse être assimilée à celle d'un médecin traitant, ne serait-ce que parce que son activité s'exerce sans qu'il y ait libre choix, d'une façon obligatoire et dans des buts déterminés qui excluent l'idée d'un contrat tacite librement consenti entre le médecin et son malade.

B/ Rétribution des vacations;

Etant donné les fonctions que nous aurons à remplir, le Docteur Royss et moi, la spécialisation, la compétence et les titres qu'elles exigent, il nous paraît impossible de pouvoir accepter d'être rétribués au tarif de 900 Frs. pour la vacation de 3 heures.

Il nous paraît au contraire que le tarif qui pourrait nous être appliqué devrait être au moins assimilé à celui des médecins du travail de première catégorie. Il nous semble, en effet, que nos titres sont au moins égaux aux leurs et notre travail comporte sans doute une plus grande part de responsabilité, au moins en ce qui concerne l'observation psychiatrique.

D'ailleurs le caractère d'un examen psychiatrique, qui ne comporte qu'un minimum d'actes pratiques, exige une totale liberté d'esprit qui ne peut être assurée que si les conditions matérielles de rémunération sont honorables ; il semble d'ailleurs que les différences d'honoraires pour expertise médicale et expertise psychiatrique tiennent compte de la difficulté relative de ces deux actes d'une façon qui n'est pas négligeable.

En vous priant, Monsieur le Directeur, de bien vouloir ne faire connaître votre point de vue sur les différentes questions que j'ai soulevées dans ce rapport, je vous prie de croire à nos sentiments très dévoués.

LYON, le 28 Février 1950.

MAISON D'ARRET DE LYON.Sommaire Psychiatrique.

Non			N°
Prénom			Dr
Age	date de naissance		Date
Nation.		Motif détention	

ANTECEDENTS JUDICIAIRES ET DELIT.

	Dates	motif	Peine
Condamnations			
Délit actuel			
Expertises ant.			

MILIEU FAMILIAL ET ANTECEDENTS HEREDITAIRES.

A.P.

Parents	Viv.	DCD.	Age.	P.	et D.	Cause.	Ant.	Psy.	Ethyl.	Prof
Fr. et Soe.										
Autres ant.										
Sit. écono.										
Val. Educ.										
Entente	séparés	divorcés	torts	veuf	remarié	concubinage.				

VIE SCOLAIRE PROFESSIONNELLE ET MILITAIRE.

Elevé par	Ecole jusqu'à	ans	C.E.P.	autres études
Apprentissage				

	Métiers
Act.	Places
Prof.	Employeurs
	Durée

Valeur prof.	Salaires.	Durée.	plus longue place .	X	places en	années
--------------	-----------	--------	---------------------	---	-----------	--------

Situation
économique

Chantiers.	S. Armé	S. Aux.	Exempté --	Engagé --	RDI cause	pension	RD2
Guerres	Légion	Résistance	Captivité	S.T.O.			

Maladies nerveuses
Internements
Ethylysme
Mal. vénériennes
Accidents
Trauma crâniens
Opérations
Tuberculose
Maladies d'enfance
Maladies adulte

VIE SEXUELLE ET FAMILIALE

Cél. Rapports Anomalies Marié Séparé Divorcé Remarié Conc. enfants
Mésentente
Difficultés
Santé conjoint

EXAMEN PHYSIQUE

Développt. physique sexuel Dégénères. Infirmités. cicatrices crâniennes
Réflexe Pupilles Tremblement Cauchemars Foie T.A.
Ex. viscéral
Tatouages
S. d'éthylysme
Maladies act.

EXAMEN MENTAL

Présentation
Fac. Intellectuelles
 peu doué - débile - déficit
Tr. caractériels
 légers - accentués - graves
Déséquilibre - Perversion
Contrôle
Névrose
Simulation
Tr. Mentaux
Intimidabilité
Dangerosité
Motivation du délit.

C ONCLUSIONS.

Normal Anormal Subnormal Suspect A observer

Expertise Placemnt Autres indications,

L'annexe psychiatrique continua à fonctionner jusqu'en décembre 1950.

A cette date, le problème de la rétribution des vacations, malgré des demandes réitérées, n'ayant pas été résolu, le Ministère de la Justice informait le Ministère de la Santé Publique et de la Population du fait suivant : "Les Docteurs Gallavardin et Reyss-Brion qui assurent ces consultations, estiment que le crédit de 30.000 francs ouvert au titre de l'exercice 1950 permettra tout au plus de leur régler les mémoires présentés antérieurement et ne leur assure pas le règlement normal de leurs vacations. Ils ont décidé, dans ces conditions de suspendre leur service dans ce domaine".

En Juin 1951 seulement le Ministère de la Santé Publique, informait la Direction Départementale de la Santé "... Je considère que les dites consultations doivent être reliées au service départemental d'hygiène mentale et les frais de fonctionnement y afférant être pris en charge au chapitre correspondant du budget départemental".

La mort du Docteur Gallavardin, puis des circonstances diverses d'ordre technique et financier ne permirent pas de reprendre l'organisation de l'annexe à la Maison d'Arrêt avant janvier 1954.

A cette date, Monsieur le Professeur Dechaume, dans une lettre adressée à Monsieur le Docteur Robin, proposait à nouveau la remise en fonctionnement de l'annexe ; ceci à la suite d'entretien avec Monsieur Berge, Directeur de la région pénitentiaire, avec Monsieur le Docteur Broussolle, médecin des hôpitaux psychiatriques et du fait de l'évolution de l'organisation de l'hygiène mentale dans le département du Rhône.

Dans cette lettre, Monsieur le Professeur Dechaume proposait Monsieur le Docteur Broussolle pour prendre la direction de l'annexe psychiatrique, assisté de Messieurs les Docteurs Colin et Guyotat ; le financement étant assuré par la subvention annuelle de 30.000 frs. du Ministère de la Santé ; une subvention du département pour l'organisation de la prophylaxie mentale dans le Rhône et dont un rapport du Conseil Général spécifiait que cette subvention pourrait servir au maintien de la consultation des détenus des prisons ; de l'ordre de 500.000 frs.

Par ailleurs Monsieur le Professeur Dechaume se proposait de demander à la Sécurité Sociale de participer au fonctionnement de la consultation par une subvention forfaitaire.

C'est ainsi que fin janvier 1954, l'annexe psychiatrique put à

nouveau fonctionner de façon régulière ; et en Avril 1954, Monsieur le Docteur Broussolle adressait un premier rapport de fonctionnement à Monsieur le Directeur régional de la Santé

L'Annexe, entrée à nouveau en fonctionnement à la fin de janvier 1954, présente deux sortes d'activités :

- consultations de dépistage des enfants,
- observation prolongée des sujets retenus lors des consultations.

Mes collègues les Docteurs Guyotat et Colin et moi même assurons chacun une consultation par semaine.

Ce rythme trihebdomadaire nous permet d'examiner la presque totalité des prévenus entrants, quelques prévenus anciens et des détenus de courte peine de St Joseph que nous signalent généralement les assistantes sociales des prisons. Les résultats de nos investigations sont consignés sur un grand registre à colonnes qui nous permettra ultérieurement de faire des statistiques. Nous venons en outre de mettre au point une formule d'examen individuel pour les enquêtes plus approfondies.

Nous avons à notre disposition, pendant les heures de consultation, une infirmière contractuelle de la prison ; celle-ci doit recueillir auprès des détenus les renseignements préliminaires afin d'accélérer le rythme de la consultation.

Ce rôle reviendrait plutôt à une assistante sociale. La Direction Régionale Pénitentiaire serait favorable à une telle modification.

Les surveillants de l'Annexe Psychiatrique ont suivi sous ma direction un stage à l'Hôpital du Vinatier dans le service fermé de Monsieur le Professeur Dechaume. Ce stage bref, de un mois pour deux d'entre eux et de 10 jours pour les deux autres a eu pour but d'affiner leur sens de l'observation. Ils ont eu l'occasion de noter sous forme de rapports les comportements de différents types de malades mentaux dans le cadre d'un service psychiatrique moderne. Ces rapports étaient critiqués et donnaient lieu à un exposé de séméiologie psychopathologique simplifiée.

En tant que médecin-chef de l'Annexe Psychiatrique, je dois venir au moins une deuxième après-midi par semaine pour des fins diverses : observation des sujets placés à l'annexe psychiatrique ; perfec-

tionnement de la formation hâtive et récente des surveillants ; mise au point de multiples problèmes d'organisation de l'Annexe qui nécessitent des entrevues répétées avec les différents membres du personnel de la Centrale (Directeur, Assistantes Sociales, Infirmier-chef)

Les locaux dont nous disposons actuellement sont provisoires. Ne se distinguant en rien des autres ailes de la Centrale, ils sont entièrement cellulaires, ce qui les rend impropres à l'observation judiciaire des pensionnaires.

L'Annexe proprement dite est en réparation ; elle ne sera pas disponible avant huit mois. Nous vous serions reconnaissant de bien vouloir insister, dans la mesure du possible, sur l'urgence de sa réouverture. Une fois réparée, elle doit comprendre notamment un dortoir de 6 lits et une salle de jour. Cette dernière pièce nous sera très précieuse ; c'est en effet une fois seulement que les détenus en observation seront réunis pour la journée (au nombre de 8 à 12 environ) que les surveillants pourront rédiger des rapports fructueux. Les anomalies de comportement d'un sujet ne se décèlent généralement que lorsqu'il est plongé au sein d'un groupe.

CHAPITRE II. LOCAUX.

Entrée en fonction en 1896, la Maison d'Arrêt de Lyon fut construite d'après les plans datant de 1862, selon le "système rayonnant" : les galeries cellulaires partant toutes d'une rotonde centrale.

Elle compte environ 300 cellules.

L'annexe psychiatrique occupe deux étages (rez-de-chaussée et 1er étage) d'une de ces ailes : le bâtiment F. Elle comprend divers locaux et chambres de malades tous aménagés en fonction de l'unité-type de logement carcéral : la cellule.

La cellule a en principe 30 m³ (4 m. de long, 2,50 m. de large et 3 m. de haut), elle est éclairée et aérée par une fenêtre haute, avec un chasis mobile et munie à l'extérieur de barreaux. Elle comporte dans un angle, un siège de w.c. à eau courante (les réservoirs des chasses d'eau étant situés dans le couloir central, c'est-à-dire extérieurs à la cellule, ainsi que les porte-manteaux, d'ailleurs !) et au-dessus un poste d'eau qui permet au détenu de faire sa toilette.

Les cellules sont fermées par une solide porte en bois, parfois blindée, munie d'une serrure n'ouvrant que de l'extérieur, ainsi que deux verrous placés en haut et en bas de la porte. Par ailleurs il existe un guichet par lequel on peut passer la nourriture sans avoir besoin d'ouvrir la porte et un "oeillon", petite ouverture par laquelle le surveillant peut regarder à l'intérieur pour contrôler les faits et gestes du détenu.

Si nous entrons à l'annexe psychiatrique, nous trouvons au rez-de-chaussée, en commençant par la droite, une petite pièce servant de cuisine et aménagée comme telle ; puis après une porte donnant sur une petite cour de récréation, une cellule aménagée en bureau de consultation avec une table et deux chaises ; ensuite nous avons une cellule dite "cellule de force", réservée pour les cas d'agitation intense, les délirium tremens. Elle garde le double barreaudage de sa fenêtre et la grille en fer forgé venant renforcer de l'intérieur la porte en bois. Cette grille est d'ailleurs munie d'un fin grillage ceci afin que les malades en crise ne se blessent par strangulation entre les barreaux. Elle comporte un bas-flanc en maçonnerie à 10 cm. du sol, recouvert d'un matelas. Elle se distingue encore par son siège de w.c. à la turque et une robinetterie spéciale très enchassée.

Puis nous avons des cellules où sont logés les malades de l'annexe.

Entrons dans une cellule après avoir ouvert la classique porte en bois. Nous trouvons à droite un lit en fer pouvant se rabattre contre le mur ; au fond un deuxième lit qui a été ajouté. (En effet, à l'origine les cellules ont été prévues pour un seul détenu. En fait la crise du logement sévit à la prison, comme partout ailleurs !) Contre le mur de droite, un petit placard métallique où les détenus peuvent ranger leurs affaires personnelles, contre le mur de gauche une petite table en bois pouvant également se rabattre.

A côté, un lavabo-évier avec au-dessus un robinet d'eau froide.

Dans l'angle gauche, un siège de w.c. L'annexe comprend environ une trentaine de lits ; le plus souvent deux par cellule.

Au fond du couloir, éclairé par des tubes au néon, nous trouvons à droite le bureau médical séparé du bureau de l'assistante sociale par une cloison vitrée.

Le bureau médical comporte une table-secrétaire, 2 à 3 chaises, une table d'examen, un évier-lavabo dans un angle.

Le bureau de l'assistante sociale comporte une table, 2 chaises, une table plus petite avec une machine à écrire, un placard et des petits pla-

cards muraux où sont rangés les dossiers de l'annexe.

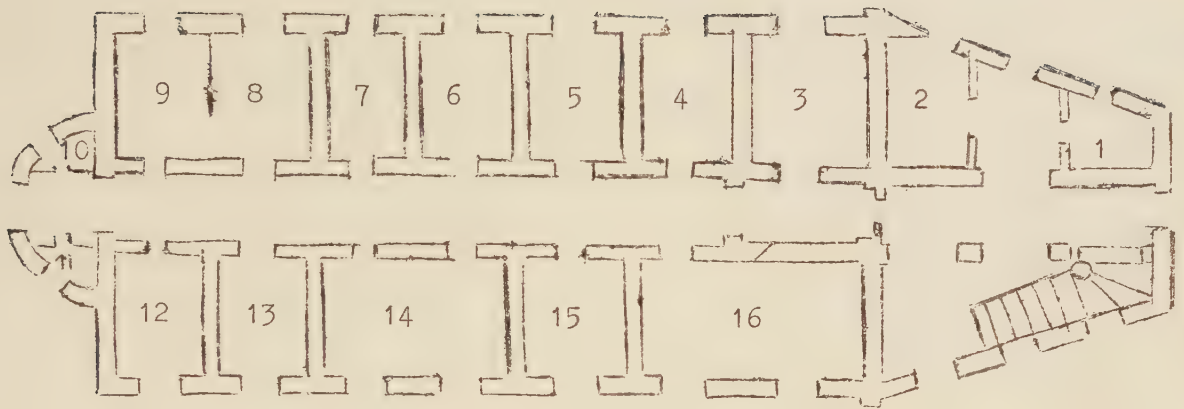
En face du bureau médical, une cellule aménagée en salle d'attente ; puis en revenant vers la sortie nous trouvons sur la gauche une cellule à deux lits, un dortoir aménagé pour 4 à 5 lits. Cette pièce a été aménagée, ainsi que toutes les pièces un peu vastes, en abattant le mur séparant deux cellules, puis le bureau des surveillants avec un bureau, des placards pour les registres.

Ensuite nous avons la salle à manger, constituée par la réunion de deux cellules, comportant une ou deux tables et deux bancs : les détenus de l'annexe qui ne suivent pas un traitement nécessitant le repos au lit, viennent y prendre leur repas en commun.

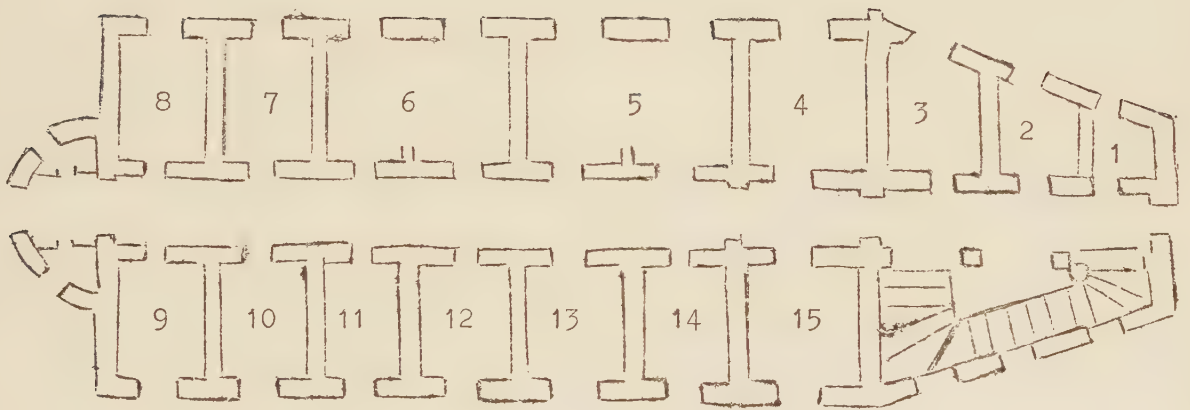
Au 1er étage, nous retrouvons les cellules à deux lits. A noter une cellule aménagée pour servir de lieu de réunion (pour les psychothérapies de groupe en particulier).

Deux pièces, chacune correspondant à deux cellules, ont été aménagées, l'une en salle d'ergothérapie (pinces à linge, bouchons en plastique, fleurs artificielles, sacs en plastique ...), l'autre en salle de lecture, de jeux, pouvant aussi servir de salle de réunion. Ces deux salles comportent chacune deux portes dont la partie haute a été vitrée.

REZ-de-CHAUSSEE



1er ETAGE



Rez-de-chaussée.

1	Cuisine
2	Bureau de consultation
3	Cellule d'isolement
4.5	Cellules à 2 lits
6.7	
8	Bureau médical
9	Bureau de l'Assistante Sociale
10	Débarras
11	W.C.
12	Salle d'attente
13	Cellule à 2 lits
14	Dortoir à 3-4 lits
15	Bureau des surveillants
16	Salle-à-manger

1er Etage.

1	pièce de rangement
2	Pièce de réunion
3-4	Cellule à 2 lits
5	Salle d'ergothérapie
6	Salle de séjour ou de réunion
7.8.9.10.11.12.13.14.15 :	cellules à 2 lits.

Plan de l'Annexe Psychiatrique de la Maison d'ArrêtST PAUL de LYON.

Batiment F. comportant un rez-de-chaussée et 2 étages.

CHAPITRE III. L'EQUIPE MEDICALE.

1°) Les surveillants.

A l'origine, en 1950, puis en 1954, ils étaient au nombre de 4 assurant par roulement un poste fixe de jour et de nuit.

Le poste de nuit fut supprimé en octobre 1954, par manque de personnel. La nuit le service tombait donc sous la surveillance générale des veilleurs de prison, qui viennent faire des rondes dans les différentes galeries cellulaires.

A la suite de réclamations patiemment répétées chaque année, le 4ème poste de surveillant de l'annexe fut restauré au début de 1962.

Actuellement les surveillants de l'annexe sont donc au nombre de 4 : Mmes Rault, Orsat, Faudot, Bathias affectés à l'annexe et dépendant de l'administration pénitentiaire comme leurs collègues de la détention simple, ces agents ont fait des stages dans les services de l'hôpital psychiatrique départemental.

Ces stages ont pour but de familiariser les surveillants avec les malades psychiatriques,

de leur montrer les divers troubles du comportement les plus caractéristiques ; de leur enseigner brièvement les diverses thérapeutiques utilisées à l'heure actuelle et la conduite à tenir devant certains cas.

Il leur est également enseigné la manière de prendre des notes d'observation journalière pour tel ou tel malade.

Messieurs Rault et Bathias qui avaient déjà effectué un stage d'un mois à l'hôpital du Vinatier en 1954, sont retournés dans ce même hôpital fin 1963 afin de se tenir au courant de l'évolution psychiatrique.

Messieurs Orsat et Faudot doivent également suivre un stage de deux mois au Vinatier, dans le service du Docteur Bécache.

Le travail exigé de la part des surveillants de l'annexe comporte tout d'abord les tâches comparables à celles de la plupart des postes de la maison d'arrêt ; mais par ailleurs il exige une attitude qui est celle d'un infirmier psychiatrique. Cette dualité de fonction est d'ailleurs objectivée par le fait qu'ils portent à la fois la casquette des surveillants de prison et la blouse blanche d'infirmiers !

En effet, par leur comportement (turbulence, agressivité, apathie,

refus d'aliments, velleités suicidaires) et leur état mental (confusion, schizophrénie, épilepsie) les détenus de l'annexe peuvent nécessiter, de la part du surveillant, une attitude très souple et très étudiée.

Il s'agit de faire respecter l'ensemble de la discipline (horaires notamment) tout en tenant compte des cas particuliers. Allier la fermeté, et parfois une patience extrême ; supporter des récriminations incessantes sans pouvoir les relever lorsque le sujet est manifestement un malade nerveux.

Sur un plan pratique, les surveillants se relaient de la façon suivante, de telle manière qu'il y en ait toujours un présent à l'annexe :

1°) 7 H. à 12 H.30 2°) 12 H.30 à 19 H. 3°) 19 H. à 7 H.

de telle façon que le surveillant qui travaille de 12 H. 30 à 19 H. reprenne son poste le lendemain de 7 H. à 12 H.30 et assure ensuite le poste de nuit de 19 H. à 7 H. avec un jour de repos consécutif après une nuit de veille, et bien entendu un jour de congé par semaine.

Les surveillants ont à tenir à jour divers registres ; entre autres : les fiches de comportement, la comptabilité des détenus présents à l'annexe, de ceux qui viennent en consultation, la comptabilité des expertises mentales. Le développement inévitable des thérapeutiques entraîne des distributions de médicaments plusieurs fois par jour suivant un horaire très étalé. Il importe également que le surveillant vérifie la prise effective des médicaments, ceci pour éviter la constitution de stocks éventuels ; d'ailleurs dans la mesure du possible les thérapeutiques sont prescrites en potion (les injections médicamenteuses sont faites exclusivement par l'infirmière-assistante sociale). A cela s'ajoute la surveillance des différents ateliers d'ergothérapie en cours actuellement ; la surveillance des cures de répulsion alcoolique.

Enfin les surveillants sont très fréquemment sollicités par les médecins de l'annexe ; les médecins experts, l'infirmière avec laquelle ils effectuent la visite journalière des détenus de l'annexe.

2°) L'assistante sociale.

C'est en 1957 seulement, sur l'intervention du Directeur régional d'alors, Monsieur Marquette, que fut créé à l'annexe psychiatrique un poste d'infirmière-assistante sociale.

Pendant 5 ans ce poste fut occupé par Madame Roques. Actuellement c'est Madame Peillod qui est l'assistante sociale de l'annexe psychiatrique. Après avoir rempli cette fonction d'abord à l'hôpital du Vinatier (service du

Docteur Broussolle) puis à la maison d'arrêt de Lyon. Il est préférable de lui laisser le soin de décrire elle-même comment elle conçoit son rôle au sein d'une équipe de criminologie clinique.

" Ce poste présente deux caractères :

- c'est un travail d'assistante sociale et d'infirmière.
- c'est un travail d'équipe.

1°) Equipe, mot-clef de tous nos travaux, au sein de laquelle des praticiens d'art et de techniques variés, psychiatres, médecins généralistes, psychologues, surveillants, travaillent dans une unité de conceptions à un objectif précis qui est la raison d'être du service.

Seule l'assistante sociale connaît la vie quotidienne du service : chaque médecin vient une ou deux fois par semaine, de même le psychologue, les surveillants eux-mêmes restent plusieurs jours absents entre chaque garde. Par sa présence quotidienne, ses conversations avec les détenus et les surveillants, elle est au courant des besoins généraux du service, qu'elle fait connaître et discute avec le médecin-chef, lequel décide de la solution à apporter.

Elle assure également la liaison entre les différents membres de l'équipe, entre les médecins consultants et les médecins experts, entre les médecins et la direction. C'est elle aussi le support habituel des relations diplomatiques de l'annexe psychiatrique, avec le personnel de surveillance. C'est un travail qui se fait au jour le jour, à travers mille détails et demande une grande vigilance, car le service au coeur d'un établissement de caractère coercitif est perçu comme un corps étranger, fort mal supporté, très suspecté. Dirigé par les prestigieux personnages que sont les médecins, il inquiète et il est plus facile de le rejeter d'emblée, de le critiquer, au prix même d'interprétations fantaisistes des quelques données qu'on en connaît. Il faut faire accepter le service par son environnement et obtenir la collaboration de ce dernier ; l'assistante l'obtient, non du fait de sa profession, mais bien plus de sa permanence aux mêmes horaires, des mêmes servitudes acceptées, de la commune appartenance à une administration. Si ce n'est pas là le but premier de son poste, c'est bien avec des armes d'assistante sociale qu'elle affronte et résout ce problème par l'attention à chacun, le souci du respect du travail d'autrui, une attitude valorisante, une large disponibilité.

Cet aspect est un devoir impérieux, même s'il reste secondaire à ceux inhérents aux fonctions de membre de l'équipe criminologique.

2°) En cela, son rôle d'assistante sociale s'inscrit au sein de la trame du travail des autres comme pour chacun des équipiers, sans qu'il devienne une activité juxtaposée.

Il commence avec le dépistage en liaison avec l'assistante sociale de l'établissement, les infirmières. A elles sont signalées les bizarreries de comportement, les conditions de vie particulièrement pathogènes, les informations sur de précédents séjours en hôpital psychiatrique, etc ...

A la phase d'information, elle apporte à l'équipe le fruit d'une observation continue, qui porte, non seulement sur le sujet, mais sur son milieu. Après des assistantes sociales de secteur, elle se renseigne sur l'ambiance du quartier, sur la participation du sujet, de la famille à sa vie, autant que sur le sujet lui-même.

La famille, convoquée et vue à son domicile, livre de précieux indices sur la tonalité familiale, le milieu fondamental du sujet, ainsi que sur son histoire. Les parents et les épouses sont des personnes à voir car, invariablement engagés dans le déroulement de la délinquance, ils ont part, eux aussi, au traitement : l'objet de nos soins n'est pas seulement le détenu, mais tout le groupe social dans lequel il est inséré.

Après de l'employeur, on apprend les traits du caractère qui restent non conscients à la famille et sont souvent difficiles à mettre en évidence dans le milieu artificiel du service. Enfin, en vue de la sortie, l'assistante apprend ici de précieux éléments : qualité de travail, qualification, etc ..

Et il se révèle parfois d'autres sources que celles-ci. Une soeur, un ami qui ont joué un rôle important dans la vie du sujet et parfois dans la délinquance. Tous ces contacts sont pleins d'enseignements, corroborant, infirmant, nuancant nos appréciations premières.

Une très grande place est faite aussi à la conversation avec le détenu ; l'assistante sociale gagne sa confiance par des entretiens hors de toute relation qu'il a avec l'Administration, au cours desquels elle lui montre son souci de l'aider, son acceptation de ce qu'il est, globalement, faiblesse, difficultés et délit compris ; son intérêt sincère et personnel à son problème véritable qu'elle l'aide à dégager du fatras de ses soucis et difficultés.

Si elle n'a pas gagné cette confiance, elle a échoué, elle ne doit s'en prendre qu'à elle-même. Si elle l'a conquise, elle doit lui démontrer qu'elle en est digne et la garder.

Pour tout ce que nous apprenons, le détenu est assuré du secret dans l'intérieur de l'équipe et, s'il le désire, de la non communication des faits

au reste de l'équipe -- ce qui est rare,

Après cette approche, par nos entretiens, nous connaissons petit à petit le sujet qui, lui aussi, a le sentiment de nous connaître, et, hors de tout incident ou péripétie carcérale, nous le découvrons tel qu'il est maintenant, et cette découverte, comme nous le disions plus haut, se poursuit jusqu'au dernier entretien et va de pair avec le traitement.

Au stade du traitement, la première démarche de l'assistante sociale est de faire accepter ce traitement, par son attitude de compréhension et d'attention, il s'agit de faire admettre au détenu que tout ce qui lui est proposé vise son intérêt. Pour un homme incarcéré alors que tout est menaçant, infériorisant, douloureux, il faut parfois longtemps pour qu'il se débarrasse de sa méfiance, adhère librement à nos propositions, car là seulement il est en bonne condition pour profiter d'une thérapeutique médicamenteuse ou psychologique.

Toujours dans une perspective de traitement, l'assistante prolonge la présence du médecin, son rôle n'est pas compensateur, mais toujours orienté vers l'aide spécifique de sa profession. Le détenu connaît sa place dans l'équipe et rarement on lui demande un acte médical qu'elle refuserait ; mais la sécurité que procure sa présence quotidienne est de même essence que celle que lui assure la présence du médecin, et lui garantit une continuité thérapeutique.

C'est ce qu'a voulu exprimer ce détenu qui confiait à un visiteur parlant de l'assistante "je ne l'ai pas vue cette semaine, mais je sens qu'elle est là".

Elle participe aussi au traitement par son rôle d'infirmière. Elle administre les médications prescrites et le geste est ressenti par le patient comme une participation active à la guérison. Si l'infirmière sait donner dans une attitude d'intérêt personnel au sujet, avec douceur et conviction, le médicament sera mieux accepté, et l'incidence psychologique qu'on en attend comme facteur de guérison sera plus importante.

Pour certains, tant leur régression est importante, il faut revenir à un véritable nursing quelque temps, et partant de là, petit à petit, recommencer les étapes de la maturation pour les détacher enfin de cette mère substitut et les laisser accéder à un univers adulte ; en évitant bien sûr une fixation à un stade intermédiaire qui fausserait l'évolution et surtout le dénouement de notre relation.

Et ce travail d'infirmière doit s'inscrire dans son rôle d'assistante sociale. Aider à vaincre les difficultés passagères et les handicaps per-

nants du sujet.

Elle y rencontre cependant et fréquemment une grosse difficulté, quand, assistante sociale, elle s'efforce de restaurer chez un sujet la conscience de sa dignité, lui montrant par les moindres détails de son attitude que sa condition présente n'a pas diminué sa valeur à ses yeux, et que simultanément, comme infirmière, elle doit pour pratiquer tel soin inviter cette même personne à se dévêtir devant elle, ou à se coucher sans choix pour lui à ce moment là.

La contradiction de ces deux attitudes est invariablement perçue. Et même si intellectuellement le sujet se l'explique, par la nécessité de la coexistence des deux fonctions, elle ne peut que nuire à la poursuite du travail psychologique. L'assistante doit, alors, faire effort pour vaincre sa gêne, et le sujet qui a vu un tel revirement, s'attend inconsciemment à une autre trahison de ce genre, n'accorde plus la même confiance aux propos de l'assistante et soupçonne la sincérité de ses marques d'intérêt.

Une autre source de contradiction réside dans la participation de l'assistante au maintien de la discipline : d'une part, elle est toute aide et compréhension, d'autre part, elle exige le respect d'un règlement rigoureux et parfois draconien. Une altercation avec un surveillant n'est pas toujours imputable au seul détenu.

L'assistante le comprend. Mais il a enfreint le règlement, la sanction est inévitable.

L'assistante se tire de telles situations fort embarrassantes par une attitude de justice, et en collaboration avec les instances administratives, un "dosage" soigneux de la répression, souvent symbolique, toujours respectueuse de la dignité du détenu.

Enfin, on ne peut oublier dans le traitement, combien celui-ci intéresse également la famille. Elle est invariablement engagée dans la délinquance du sujet, par ses carences, son hyper-autorité, son protectionnisme maladroit, ses exigences parfois morbides.

Il faut faire prendre conscience au milieu de ces faiblesses, de leur retentissement sur le sujet, et des changements qui s'opèrent en lui, afin que, la peine terminée, il soit le mieux adapté possible à ce retour. Ceci est particulièrement impérieux auprès des sujets ayant subi une cure de répulsion alcoolique. Il faut obtenir une réflexion sur les causes de l'alcoolisme et une modification du milieu ; c'est un travail extrêmement délicat.

Dans tous les cas ce traitement ne peut être entrepris qu'auprès

d'une famille qui a accepté le délit, continue à donner son appui au sujet. Il faut parfois commencer par obtenir cette acceptation. Le traitement sera pleinement réussi après une prise de conscience de sa part de responsabilité qui lui permettra de corriger ses attitudes. Pour cela il faut beaucoup d'amour. Seuls des sentiments puissants donneront aux deux parties la force de se modifier ; nous ne pouvons que favoriser leur développement.

Bien que ces conditions ne soient pas toujours remplies, nous nous attachons beaucoup à l'amélioration des rapports intra-familiaux, et c'est toujours dans le sens d'une évolution parallèle de la famille et du détenu que nous oeuvrons.

Nous nous acheminons ainsi, vers un événement capital : la sortie. L'équipe la prépare depuis le premier jour de sa relation avec le détenu, l'assistante, pour cela, demande des collaborations diverses : comité post-pénal, visiteurs de prisons, services sociaux du travail, ruraux ou de secteur urbain, office de la main d'oeuvre, sans oublier les associations d'anciens buveurs, mouvements d'aide sociale, etc ...

Pour un homme ayant une famille, il faut préparer la reprise de la vie commune comme nous le disions plus haut. Variant avec la situation économique, la valeur professionnelle du sujet, la recherche du travail est plus ou moins facile, et combien, nous le déplorons, n'ont pas, de suite, un emploi correspondant à leurs possibilités.

Un employé peut être repris dans une entreprise, mais il faut étudier soigneusement les possibilités de ce retour. Il n'est parfois pas souhaité par l'intéressé, ou il l'acceptera sincèrement pendant son séjour en prison mais ne pourra surmonter des difficultés qu'il n'avait pas prévues quand vient le jour de se présenter.

Les cas les plus ardues à résoudre sont bien ceux des isolés. Dès la prévention, on tente de créer des liens affectifs avec un visiteur de prison. La libération approchant la recherche d'un logement est une entreprise difficile. Nous assaillons tous les foyers d'hébergement. Suivant la personnalité les besoins de chacun, nous faisons choix de tel ou tel, et grâce à leur compréhension, nous arrivons à assurer un toit à tous.

Dans la majorité des cas, nous devons assurer une continuité thérapeutique après la sortie. Le sujet est invité à se présenter au dispensaire d'hygiène mentale où nous lui avons pris un rendez-vous. Le médecin traitant de l'annexe psychiatrique communique au médecin du dispensaire tous renseignements utiles sur l'évolution de la situation présente tant du point de vue so-

natique, psychiatrique que social.

Quand la sortie se résoud par l'admission à l'hôpital psychiatrique, c'est avec ce dernier service que nous devons établir une liaison.

C'est ainsi qu'est vécu le poste encore unique d'assistante sociale dans une équipe criminologique insérée dans la prison même. Il se peut qu'une autre assistante interprète différemment les besoins des sujets, les exigences de l'équipe. Mais, fidèle à sa profession elle ne peut avoir d'autre but que celui commun à la nouvelle orientation de la criminologie et à la réforme de l'administration pénitentiaire : la réinsertion sociale du détenu."

3°) L'assistante de psychologie clinique.

Depuis juin 1961, a été créé un poste d'assistante de psychologie clinique à l'annexe psychiatrique, assuré actuellement par Madame Buffard.

Madame Buffard avait déjà participé en 1959-1960 avec le Professeur agrégé Cotte, aux premiers examens de personnalité qui avaient été tentés à titre expérimental sur les sujets relégables et les délinquants jeunes adultes.

Elle assure plusieurs fois par semaine des examens psychologiques individuels demandés soit par l'un des médecins, soit par l'assistante sociale, soit du fait de sa propre initiative.

Deux après-midi par semaine, la psychologue organise également une "psychothérapie de groupe" avec 5 ou 6 détenus.

La psychologie appliquée à la criminologie est essentiellement une psychologie clinique orientée vers un diagnostic et une thérapeutique.

Sur un plan technique, l'investigation psychologique à l'annexe psychiatrique, comprendra des éléments d'appréciation fournis par le dossier du malade et dont la psychologue prendra connaissance avant ou après l'entretien. Curriculum héréditaire : collatéral, scolaire, militaire, professionnel, conjugal ... Le délit : sa nature, les modalités et les motivations ... Les renseignements fournis par l'observation prolongée de certains sujets placés à l'annexe psychiatrique : appréciation du comportement par les surveillants spécialisés et l'assistante sociale. Comportement du sujet, selon les cas, isolé en cellule ou placé en commun (en dortoir et en salle de séjour), comportement vis-à-vis de la routine quotidienne de la prison (lever, coucher, nourriture, lecture) ; du travail (habileté, rendement, sabotage, refus ...)

de certains évènements (visites ou absence de visites des familles, avocats, visiteurs, courrier, séances d'instruction au Palais, sanction ...), vis-à-vis de ses camarades.

L'enquête sociale faite par l'assistante sociale de l'annexe apport également des éléments précieux.

L'entretien avec le sujet bien sûr sera à la base de l'investigation psychologique.

Cet entretien sera plus ou moins bien accepté par le sujet qui risque d'y voir, du moins au début, un interrogatoire de plus et la psychologue pourra se heurter à un refus plus ou moins masqué. Néanmoins il semble bien que dans la plupart des cas, les détenus acceptent volontiers ne serait-ce que par le désir qu'ils ont de trouver enfin "quelqu'un qui les comprenne". L'entretien pourra être directif, ou au contraire ce qui est le plus fréquent, s'inspirera des techniques psychothérapiques non directives. L'entretien ne sera pas unique mais répété trois ou quatre fois à des intervalles variables.

C'est au cours de ces entretiens qu'interviendront les tests.

- tests de niveau intellectuel : on commence en général par eux, Wechsler-Bellevue surtout, plus rarement Terman.

Ces tests de niveau, en principe bien acceptés par les sujets, donnent des résultats en général assez justes et assez précis ; seront très utiles, permettant d'évaluer les possibilités du détenu et d'envisager son reclassement social une fois rendu à la liberté.

Grâce aux tests d'intelligence on pourra également évaluer le coefficient de détérioration mentale du sujet soit à la vie carcérale, soit à diverses agressions pathologiques : alcoolisme, traumatisme crânien.

- tests psychomoteurs.

- tests de personnalité.

plutôt que les questionnaires (tests de Kohs, test Tsedek de Baruk et Bachel : l'inventaire de Minnesota) ou les tests objectifs (la version qualitative des labyrinthes de Porteus)

ce sont les tests projectifs qui sont surtout utilisés. D'ailleurs Delay n'a-t-il pas écrit qu'il "n'était probablement pas de famille de tests dont la naissance et la croissance soient plus étroitement liées à la clinique psychiatrique que celle des tests projectifs".

- test de Rorschach ; le Thematic apperception, test de Murray ; test de Szondi ; le "village" d'Arthus ; enfin certains tests d'enfants comme le dessin par exemple.

Les tests de personnalité sont évidemment d'un emploi et d'une interprétation plus complexes que les tests de niveau. La plupart d'entre eux sont encore l'objet de recherches et de perfectionnement. C'est dire l'extrême prudence qu'il faudra avoir devant les résultats "brut" qu'ils fourniront. Ces tests apporteront certes des renseignements précieux sur les complexes affectifs et les motivations profondes du comportement ; mais c'est à la lumière de l'étude clinique qu'il faudra savoir les interpréter.

On voit ainsi quel rôle délicat, mais capital et indispensable, est appelé à jouer le psychologue au sein de l'équipe médicale d'une annexe psychiatrique.

Cattell ne disait-il pas "la psychologie, c'est tout ce dont veut bien s'occuper le psychologue".

4°) Les médecins de l'annexe psychiatrique.

Le Docteur Broussolle, médecin-chef, à l'hôpital psychiatrique départemental du Vinatier, médecin responsable de l'annexe psychiatrique, assure deux consultations hebdomadaires à l'annexe : le mardi et le vendredi. Actuellement la consultation du vendredi est assurée régulièrement par un interne des hôpitaux psychiatriques de son service.

Le Professeur agrégé Colin, assure une consultation hebdomadaire à l'annexe, le vendredi matin ; et une consultation hebdomadaire au bâtiment K (mineurs délinquants).

Le Docteur Dubor, ancienne interne des hôpitaux psychiatriques, assure une consultation hebdomadaire à l'annexe, le lundi matin et une vacation mensuelle à la maison d'arrêt des femmes de Montluc (activités relevant de l'annexe et sur la demande de l'administration pénitentiaire).

Le Docteur Hochman, assistant à l'Institut de médecine légale et de criminologie clinique, qui avait été médecin généraliste adjoint de la maison d'arrêt, assure des consultations régulières à l'annexe depuis juin 1962.

Il dirige une psychothérapie de groupe, s'occupant en particulier des sujets en cure de répulsion alcoolique.

Le Docteur Gonin, médecin généraliste adjoint des prisons de Lyon, assure également une psychothérapie de groupe auprès des détenus.

CHAPITRE IV. LES ACTIVITES DE L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE.

A. MODE D'APPROCHE DES DELINQUANTS "ANORMAUX".

A l'origine, le fonctionnement de l'annexe psychiatrique avait été conçu de façon à assurer un dépistage psychiatrique systématique de tous les sujets entrant à la maison d'arrêt, au même titre que les examens sérologiques, et la radioscopie.

Devant la modestie des moyens mis en oeuvre, une telle tâche se révéla rapidement très astreignante et de peu d'intérêt.

En effet, elle imposait pour le praticien, aux vacations limitées, la nécessité de voir le maximum de détenus dans le minimum de temps. Or un examen psychiatrique, même succinct, nécessite au moins 20 à 25 minutes d'entretien.

Il faudrait donc pour assurer un dépistage systématique valable, un plus grand nombre de spécialistes, et un équipement médico-administratif d'une autre importance que celui existant actuellement.

Cela a conduit les médecins de l'annexe psychiatrique, à ne voir qu'un nombre restreint de sujets, mais de façon plus approfondie, donc permettant d'envisager une activité thérapeutique plus efficace.

Il importait donc que soit faite au préalable une sélection parmi les détenus.

C'est ainsi que le Professeur Colin distinguait dans un article publié en 1958 l'approche formelle et l'approche non formelle.

1°) L'approche formelle.

Elle résulte de la procédure écrite, de la lecture du dossier, de la lecture du registre d'écrou : c'est une sélection sur pièces, qu'impose le caractère du délit dans son analyse objective.

En effet, certains délits comme les outrages publics à la pudeur, les attentats aux mœurs, les viols, certains actes de violence, crimes passionnels ou bien la "bizarrerie" dans le mode d'exécution de certains actes punis par la loi : vol, incendie, imposent aux yeux de la justice la nécessité d'une investigation orientée vers la personnalité du sujet. Il y a eu ce que l'on appelle un délit révélateur, et comme le souligne le Professeur Colin, révélateur d'anomalie mentale.

Jusqu'à ces dernières années, devant un délit manifestement psychopathologique, les magistrats n'avaient à leur disposition que l'article 64

du Code Pénal : "Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de déraison au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister". Pour permettre d'établir s'il y a eu ou non état de déraison, les juges demandent alors une expertise psychiatrique. Mais cette expertise à elle seule ne parvenait pas à satisfaire l'esprit des psychiatres ; en effet elle avait une valeur essentiellement négative concernant la personnalité du délinquant.

Il en va tout autrement à l'heure actuelle. S'inspirant de l'expérience acquise dans le domaine du Droit Pénal des mineurs, la Commission des études pénales législatives élabore en 1956 l'article 81 du Code de procédure pénale ; voté en 1957 par le Parlement et mis en vigueur avec l'ensemble du Code de procédure pénale le 2 Mars 1959. Les dispositions qui concernent l'examen de personnalité sont contenues dans les alinéas 5 et 6 (devenus alinéas 6 et 7 depuis le 4 juin 1960) ainsi conçus "le juge d'instruction procède ou fait procéder soit par des officiers de police judiciaire, soit par toute personne habilitée par le Ministère de la Justice, à une enquête sur la personnalité des inculpés, ainsi que sur leur situation matérielle, familiale ou sociale.

Toutefois, en matière de délit, cette enquête est facultative.

Le juge d'instruction peut prescrire un examen médical, confier à un médecin le soin de procéder à un examen médico-psychologique ou ordonner toutes autres mesures utiles.

Si ces examens sont demandés par l'inculpé ou son conseil, il ne peut les refuser que par ordonnance motivée".

Ces dispositions sont complétées par les articles D 16 et suivants jusqu'à D 26, et par les articles 168 et 175 de la circulaire ministérielle.

Nous citerons seulement l'article D 16

Article D. 16 "L'enquête sur la personnalité des inculpés, ainsi que sur leur situation matérielle, familiale ou sociale prévue à l'article 81, alinéa (5), 6 du code de procédure pénale, et les examens notamment médical et médico-psychologiques mentionnés à l'alinéa (6) 7, du dit article, constituent le dossier de personnalité de l'inculpé.

Ce dossier a pour objet de fournir à l'autorité judiciaire sous une forme objective et sans en tirer conclusion touchant à l'affaire en cours, des éléments d'appréciation sur le mode de vie passé et présent de l'inculpé.

Il ne saurait avoir pour but la recherche des preuves de culpabilité".

Ces simples alinéas d'un article du Code Pénal constituent selon le Professeur G. Levasseur, professeur à la Faculté de Droit et des Sciences

Economiques de Paris, la disposition la plus révolutionnaire du code de procédure pénale ; et ils contiennent en germe un dynamisme qui peut transformer toute la justice pénale ; tout comme ce fut le cas autrefois, du modeste article 463 du Code Pénal de 1810, sur les circonstances atténuantes.

On sait quel rôle de premier plan peut jouer une annexe psychiatrique dans l'application de cette nouvelle législation. En effet grâce à la collaboration de l'assistante sociale, de la psychologue, des surveillants, des médecins-psychiatres, elle peut prétendre établir de façon valable ce "dossier de personnalité" que réclame la justice.

L'examen de personnalité d'un délinquant est l'oeuvre d'une équipe, disait en 1960 au premier congrès français de Criminologie, tenu à Lyon, Monsieur le Professeur L. Roche, et il ajoutait, soulignant aussi le rôle du médecin criminologue : le médecin joue, dans cette équipe un rôle important pour deux raisons différentes :

- d'une part, il apporte les résultats obtenus grâce à sa technique psychiatrique.
- d'autre part, il est désigné pour effectuer la synthèse des renseignements obtenus.

En effet, il convient d'insister sur les raisons de cette dernière affirmation. Les éléments rassemblés par les différents membres de l'équipe criminologique doivent être présentés sous une forme synthétique au juge, seul chargé de prendre la décision.

Or le médecin, dans son activité habituelle, réalise ce travail synthétique ; à l'hôpital, on présente au chef de service un malade ; on lui dit une observation clinique, on lui montre les films radiographiques (parfois plusieurs dizaines), on lui donne les résultats de plusieurs examens (tracés divers, dosages biochimiques, etc ...) C'est d'après la synthèse de ces différents éléments que sont déduits le diagnostic à faire et le traitement à appliquer.

Dans l'expertise médicale, le même mécanisme de raisonnement aboutit à l'appréciation du taux d'une incapacité temporaire ou permanente, le raisonnement, l'attitude déontologique sont les mêmes dans le cadre d'une équipe criminologique.

Voilà donc ce qu'il en est pour ce que nous avons appelé l'approche formelle. La sélection a été opérée par l'organisme juridique chargé d'instruire l'affaire. C'est donc la voie légale, que, grâce à l'examen de personnalité suivra un nombre de plus en plus grand de délinquants ; en effet après

la découverte du crime par la police, c'est aux juges de découvrir le criminel.

2°) A côté de ce premier mode de sélection des détenus dirigés vers la consultation psychiatrique il est une autre approche, non formelle, et qui demeure très importante.

C'est là qu'on voit l'intérêt pour une annexe psychiatrique d'être implantée dans une prison et non pas en marge.

En effet l'annexe vit au même rythme que le reste de la maison d'arrêt ; elle est soumise aux mêmes règles, elle a les mêmes locaux ; une partie de son personnel dépend de l'Administration pénitentiaire. Ceci permet donc aux membres de l'équipe criminologique non seulement de mieux comprendre les détenus, mais également de mieux sentir tous les conflits qui peuvent éclater à l'intérieur de la détention. Le médecin sera ainsi informé du comportement de tel ou tel détenu, qui aura paru simplement "bizarre" à un surveillant ou dont les réactions violemment agressives auront attiré l'attention sur lui.

Ce pourra être l'assistante sociale de la prison, qui, à la suite d'une enquête, montrant des antécédents héréditaires ou personnels, un milieu de vie très psychopathogène, jugera utile de demander une consultation pour tel sujet.

Ce seront les infirmiers, ce sera le médecin généraliste qui à l'occasion d'un acte médical banal, ou d'une simple consultation de routine sera amené à demander une investigation psychiatrique ; alors qu'il aurait hésité à le faire s'il avait fallu faire appel à un consultant. Ce seront enfin toutes les personnes en contact de près ou de loin avec l'inculpé qui pourront attirer l'attention du criminologue sur l'utilité d'une consultation à l'annexe psychiatrique ; ceci en dehors de toute considération quant au délit ayant conduit à l'incarcération.

Grâce aux multiples antennes dont elle dispose à l'intérieur de la prison ; du fait de sa présence à plein temps dans le monde des détenus, l'annexe peut répondre à tout moment, et immédiatement, pour résoudre tel ou tel problème psychologique. Elle intervient avant que le conflit ou la maladie éclate. Cela est possible parce que l'annexe psychiatrique est dans la prison, et en même temps la prison. Cela serait impossible si elle était une luxueuse clinique de l'autre côté de la rue.

Adressé à l'annexe, le détenu sera examiné par un psychiatre. A l'occasion de cet entretien une fiche médicale sera établie. S'inspirant de ce qui avait déjà été réalisé en 1950, une feuille d'examen standard a été conçue à cet effet ; pour faciliter le travail du médecin, non pour le diriger, et son caractère n'a rien d'obligatoire. Elle comporte d'ailleurs, la valeur d'une page blanche, dans le chapitre intitulé examen mental, où chaque médecin pourra rédiger en toute liberté.

Un essai infructueux pour le moment, a été fait pour essayer de généraliser, à côté des fiches classiques, l'emploi de cartes type mécanographique qui auraient eu l'avantage de permettre des études statistiques. En effet il nous a semblé qu'un plus grand profit pourrait être retiré de la somme de renseignements amassés à l'annexe psychiatrique. Mais cela pose le problème d'un secrétariat organisé au sein de l'annexe. Il faut espérer qu'une solution sera trouvée, le plus rapidement possible. De toutes façons tous les dossiers sont conservés sous clef, à l'annexe, et seuls les médecins de l'annexe y ont accès.

MAISON D'ARRÊT DE LYON

ANNEXE PSYCHIATRIQUE

NOM : _____ N° : _____
Prénoms : _____ Dr : _____
Age : _____ Date de naissance : _____ Date : _____
Nationalité : _____
Chef d'inculpation : _____

ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES ET DÉLIT

Date - Motif - Lieu - Peine

Condamnations : _____

Délit actuel : _____

Expertises antérieures : _____

MILIEU FAMILIAL ET ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES

Viv. - décédés (cause) - âge - ant. psych. - éthyl. - Prof.

Paternels : _____

Maternels : _____

Frères et sœurs : _____

Autres ant. _____

Situation économique : _____

Val. éducative : _____

Situation des parents : _____
(entente - séparés - divorcés - torts - veuf - remarié - concubinage)

VIE SCOLAIRE PROFESSIONNELLE ET MILITAIRE

Elevé par :

Ecole jusqu'à C. E. P.

Autres études :

Apprentissage :

Activités professionnelles :

(métiers - places - employeurs - salaire - durée)

Situation économique :

Curriculum militaire :

(S. Arm., S. Aux., Exempté, Engagé, R. D., Guerres, Légion, Résistance, Captivité, S.T.O.)

ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES

Maladies nerveuses :

Internements :

Ethylisme :

Maladies vénériennes :

Accidents :

Traumatismes crâniens :

Opérations :

Tuberculose :

Maladies d'enfance :

Maladies adulte :

VIE SEXUELLE ET FAMILIALE

Célibataire : Rapports : Anomalies :

Marié : Séparé : Divorcé :

Remarié : Concubinage : Enfants :

Mésentente :

Difficultés :

Santé du conjoint :

EXAMEN PHYSIQUE

Etat général :
Malformations :
Infirmités acquises :
Tatouages :
Système nerveux :
.....
S. d'éthylisme :
Système urogénital :
Examen viscéral :

EXAMEN MENTAL

Présentation :
Facultés intellectuelles :
(normal - peu doué - débile - arriér. prof. - détérioration)
Troubles caractériels :
(hyperémotif - paranoïaque - cycloth. - schizoth. - mythoman.)
Déséquilibre : Perversion :
Contrôle (passage à l'acte) :
Névrose :
Simulation :
Troubles mentaux :
Intimidabilité :
Dangerosité :

Motivation du délit : _____
(normale - organique - névrotique - caractérielle)

CONCLUSIONS

(normal - anormal - subnormal - suspect - à observer)

Expertise - Placement - Autres indications { Loi de Défense Sociale
Buveurs rebelles
Vagabonds habituels

Qu'advient-il du détenu après cet examen.

1ère éventualité : Sujet normal ou bien présentant de petits troubles névrotiques passagers. Il rejoint le régime général de la détention ; son dossier est classé dans les archives de l'annexe. Si le malade est justiciable d'un traitement, une lettre sous pli cacheté est adressée au médecin généraliste, lui conseillant la thérapeutique à prescrire. Parfois on demandera à revoir le détenu, ou bien souvent ce sera celui-ci qui demandera spontanément à revoir le psychiatre.

2ème éventualité : Sujet présentant vraisemblablement un état mental perturbé. La brève durée de l'entretien est cependant insuffisante pour faire un diagnostic d'affection mentale caractérisée ; on possède peu de renseignements sur le comportement du détenu. Dans ce cas, on demandera un placement en observation à l'annexe. Ce placement se fera toujours avec le consentement du détenu.

3ème éventualité : Sujet présentant un syndrome psychiatrique caractérisé. Dans ce cas le médecin de l'annexe adresse une note au Procureur signalant la nécessité d'une expertise mentale, si elle n'a pas déjà été demandée par le juge d'instruction. Dans de tels cas il y a urgence à agir et à soustraire le détenu au régime général de la détention. Il sera placé alors, parfois "d'office" à l'annexe pour y recevoir le traitement d'urgence que requiert son état. Là encore, l'annexe joue son rôle de poste avancé du secteur psychiatrique.

4ème éventualité : Il s'agit d'un détenu présentant un syndrome psychiatrique aigu, ne pouvant être traité à l'annexe soit du fait de la durée du traitement à prévoir, soit du fait de l'équipement encore insuffisant. On proposera alors son hospitalisation dans le service psychiatrique d'un hôpital général, ou un internement dans un hôpital psychiatrique.

Peut-être serait-il bon dès lors de préciser quelle va être la relation médecin-détenu. Et tout d'abord étudions la situation du sujet inculqué.

Il s'agit d'un individu, dont l'âge se situe en moyenne entre 20 et 50 ans ; d'un niveau social en général au-dessous de la moyenne et parfois même assez souvent "sous-développé" pour reprendre un terme à la mode ; d'une éducation en général primaire.

Ce sujet se trouve brusquement appréhendé à la suite d'un délit quelconque (vol, crime, attentats aux mœurs ...) et incarcéré.

C'est-à-dire que menant jusqu'à présent une vie apparemment normale et honorable, il se trouve retranché de la société, privé de ses droits de citoyen, et soumis entièrement aux décisions de l'appareil judiciaire.

Comment va réagir cet individu ?

En général, au début, ce sera une période de "sidération" selon l'expression de Kammerer, mais ce peut être aussi, pensons nous, une violente réaction ; une sorte de révolte de l'inculpé contre ce qu'il appellera la fatalité ; contre la société, que, comme un "mauvais joueur", il considérera injuste, "pourrie"...

Cette première période de réaction manque justement chez les récidivistes qui eux "savent jouer le jeu".

La seconde phase est en effet, celle de "compensation et d'élaboration de la défense". Cette période correspondant à celle de l'instruction sera en effet un temps où le détenu va se "ressaisir" ; repris en main et guidé par son avocat ; il n'a qu'un but : le procès, et dès lors, tous ses efforts vont tendre à ce que "son affaire" soit bien "amenée". C'est à ce moment que peut intervenir le psychiatre et ceci est assez fréquent à l'annexe psychiatrique qui est située, rappelons-le, dans une maison d'arrêt.

1°/ Aux yeux de l'inculpé, à quel monde appartient-il ? Est-ce quelqu'un qui va m'aider ou bien ne nuire ? Est-il une sorte d'avocat, ou bien une sorte de juge d'instruction à optique médicale ? Est-il un bon ou un mauvais ?

Il faut bien dire qu'au moins au début des entretiens avec les détenus, ceux-ci considèrent avec une certaine méfiance les psychiatres.

Les médecins de l'annexe sont en effet à l'intérieur de la prison, dans des locaux qui leur sont propres, donc ce sont des médecins de l'administration. Ce qui renforce cette idée, c'est que de par son niveau social, le médecin est un "bourgeois" qui se situe obligatoirement du côté du système de répression.

D'un autre côté, le psychiatre est un médecin, c'est-à-dire un thérapeute fait pour apaiser, calmer les souffrances. Donc il ne peut pas être du côté de ceux qui "veulent du mal".

Mais c'est un psychiatre : "le médecin des fous", personnage toujours un peu mystérieux et inquiétant ; de même que l'hôpital psychiatrique

- l'asile - et, là aussi, le détenu se méfie : "Et s'il allait dire que je suis irresponsable ; un malade mental ... bien sûr ça n'arrangerait pour "non" affaire ... mais c'est trop risqué .." Et en effet rares sont les détenus qui simuleront la maladie mentale pour atténuer leur peine. D'ailleurs n'est-il pas déjà pathologique de simuler un déséquilibre mental ? ...

Bien vite, il faut le dire, ces jugements "à priori" se rectifient la plupart du temps au cours des entretiens, et les relations qui s'établiront ne seront plus celles d'un psychiatre avec un détenu, mais celles d'un médecin avec son malade, en pleine confiance.

2°/ Et aux yeux du psychiatre, comment va apparaître le détenu ? Sera-t-il un bon ou un mauvais malade ? On a dit, il est vrai, en parodiant, qu'il n'y avait pas de bon ou mauvais malade, mais seulement de bon ou mauvais médecin. Néanmoins quel praticien ne fait pas la différence entre les malades qui lui donnent satisfaction en guérissant, par exemple ; et les autres ... qui "ne veulent pas guérir", ou qui "simulent".

Le psychiatre exerçant dans une annexe doit donc toujours penser au contrôle de son contre-transfert vis-à-vis du détenu.

Si le détenu a sollicité de lui-même ou sur les conseils de son avocat, un entretien psychiatrique, peut-être cela répond-t-il chez lui à un besoin, à une demande dont il attend en réponse une thérapeutique ; cela peut aussi correspondre à un calcul, peut-être n'est-ce qu'un premier jalon en vue de demander une expertise psychiatrique qui pourrait jouer en faveur d'une atténuation de la peine.

Si le détenu a été convoqué d'office, on est en droit de s'attendre de sa part à une certaine réserve, voire une certaine agressivité. "Qu'est-ce que c'est que ces types qui voient quelqu'un pendant quelques minutes, et qui ensuite prétendent porter un jugement ... Qu'est-ce que ça peut bien leur ... faire que j'ai couché avec ma soeur .. ou que mon père soit mort d'une cirrhose ... Je n'ai rien demandé ; qu'on ne laisse tranquille .."

De telles réactions sont rares, mais elles existent. A qui la faute ?

De toutes façons si nous utilisons cette classification très subjective entre bons et mauvais inculpés, nous trouverons :

- dans le premier groupe les malades mentaux "vrais" : le psychiatre se trouvera alors devant le même problème qui se pose à l'hôpital psychiatrique, à savoir traiter avec ou sans leur consentement des sujets placés dans

un milieu où ils n'ont pas choisi d'être.

Il faut d'ailleurs noter que les "bons malades" ne seront pas forcément ceux chez qui le diagnostic se posera d'emblée et sans conteste. En effet beaucoup de malades mentaux, schizophrènes en particulier, préféreront endosser toute la responsabilité de leur délit plutôt que de reconnaître leur maladie.

- Les détenus ne présentant pas de maladie mentale à proprement parler, qui reconnaissent leur tort et acceptent leur responsabilité. Ils viennent en général consulter pour un état dépressif réactionnel, ou par simple besoin de "parler". La psychothérapie et quelques "tranquillisants" sont en général suffisants pour les améliorer.

- Seront rangés parmi les "mauvais" ceux qui, à l'occasion de l'entretien, chercheront à faire du médecin leur complice, soit en essayant de se disculper par les moyens les plus invraisemblables, soit au contraire en faisant état d'un remord par trop démonstratif.

Le motif même du délit pourra prévenir le médecin contre un détenu, par exemple : crime crapuleux, proxénétisme, délits d'ordre politique...

Il peut aussi arriver que la classification dans l'une ou l'autre catégorie, soit également induite par le jugement de tel confrère, ou bien par réaction cherchant à s'opposer à l'avis formulé par un membre de l'administration pénitentiaire ou judiciaire.

On voit quel rôle difficile est appelé à jouer le psychiatre d'une annexe. Placé entre l'administration pénitentiaire et le détenu, il doit être un impartial arbitre tâchant de concilier les uns et les autres, sachant se contrôler lui-même, pour ne pas basculer dans tel ou tel camp.

Comme tout rôle d'arbitrage, c'est une tâche difficile et bien souvent ingrate à remplir. Si tout fonctionne bien, son rôle passera inaperçu ; que quelque chose échoue, alors il sera tenu pour responsable et c'est sur lui que retombera la rancœur des uns ou des autres.

B. ACTIVITES THERAPEUTIQUES DE L'ANNEXE.

"La criminologie clinique est fondée sur un postulat thérapeutique. La démarche thérapeutique fait partie intégrante de son projet. Dans son domaine

toute conduite qui serait aputée de la visée thérapeutique serait non seulement dégradée et pervertie au regard des valeurs, mais aussi sans valeur scientifique aucune, au sens le plus rationnel". Evidemment il ne saurait être question de mettre en oeuvre un organisme tel que l'annexe psychiatrique, si celle-ci n'avait pour but qu'une "étude" du délinquant, étude aboutissant à des graphiques, des statistiques et finalement se perdant dans quelques archives administratives? L'annexe psychiatrique n'a son véritable rôle que parce qu'elle vise à soulager celui qui souffre. Sinon de quel droit le praticien oserait-il revendiquer la liberté qu'il prend vis-à-vis du malade, de porter sur lui un jugement, un diagnostic.

"L'engagement thérapeutique apparait la seule justification, le corollaire indispensable de l'approche clinique".

Evidemment il faudra savoir se garder d'un excès comme d'un autre ; et comme toujours le "bon sens" s'imposera. Ces extrêmes que stigmatisent le Professeur Dagognet : "l'attentisme hippocratique scepticisme élégant, qui assiste à la maladie plus qu'il n'assiste le malade ; et le fanatisme thérapeutique sorte d'activisme aveugle, qui vise moins à soulager le malade que les propres énergies du clinicien".

Ce sera le médecin qui posera les indications thérapeutiques, après avoir formulé un diagnostic. Son initiative sera légalement soumise à l'approbation de la justice, dont dépend directement le détenu. En engageant une thérapeutique vis-à-vis de l'administration il devient responsable de ce malade. L'administration pourra dans les limites fixées par le respect du secret professionnel, demander des comptes au médecin.

C'est pourquoi il sera important en cas de traitement comportant certains risques d'en aviser l'autorité judiciaire ; non pas pour que le médecin se sente "couvert", mais afin que la Justice joue aussi son rôle qui est de protéger plus que de punir.

Si la justice a son mot à dire, il est bien certain que le détenu a également son consentement à donner.

Il ne saurait être question d'imposer un traitement contre la volonté d'un malade, et le fait que celui-ci soit un détenu ne change rien au contrat médecin-malade. De même que le médecin n'est pas plus "obligé" de guérir son malade par le fait qu'il est en détention : obligation de moyens et non obligation de résultats ; de même le délinquant n'est pas tenu de se laisser imposer un traitement. Evidemment il existe certains textes où la loi prévoit le traitement obligatoire dans le cas de la syphilis ; mais cela demeure et en

vout l'espérer demeurera, une exception.

On voit mal en effet quels pourraient être les résultats d'une cure de répulsion alcoolique par exemple, imposée contre la volonté du sujet intoxiqué.

Evidemment, comme en pratique courante, certaines règles thérapeutiques demeurent les mêmes.

Nécessité impérieuse de porter secours à toute personne en péril de mort ; bien que cela pose souvent de difficiles problèmes, par exemple en cas de grève de la faim.

Nécessité de traiter tout sujet incapable de par son état mental de porter un jugement valable : ce sera le cas des malades mentaux ; mais là encore ce sera au médecin de savoir tracer la limite du normal d'avec le pathologique.

C'est ici l'occasion de souligner que le fait pour un médecin de dépendre d'une administration quelle qu'elle soit, ne le soustrait en rien aux règles déontologiques qui restent immuables.

1°) Chimiothérapie et psychothérapie.

Nous parlerons d'abord des thérapeutiques médicamenteuses.

En effet il arrive souvent que le détenu demande d'abord au psychiatre, un médicament : "Docteur, donnez moi quelque chose pour dormir, quelque chose pour me calmer les nerfs" ...

On donnera alors au détenu une médication (neuroleptique, barbiturique) qui aura pour but l'effet demandé par le malade. Mais le rôle du médecin ne se bornera pas au simple rôle de pharmacien, distributeur de drogues.

Le médicament donné au détenu pourra être l'amorce d'une relation médecin-malade véritable, c'est d'ailleurs non seulement une thérapeutique, mais déjà une psychothérapie.

La chimiothérapie en elle-même a ses effets propres d'une façon indubitable. Un cachet d'aspirine calme une céphalée, fait céder la température ; un cachet de bismuth calme une brûlure d'estomac ; un comprimé de barbiturique fait dormir.

Donc le médicament agit par lui-même. Cela est encore plus vrai lorsqu'il s'agit d'un malade présentant des troubles psychiatriques : un état d'agitation en particulier. Le neuroleptique administré va le calmer.

Mais dans un milieu tel que le milieu carcéral, le détenu va rechercher avec une avidité particulière ce contact thérapeutique.

Il le cherchera auprès du médecin généraliste, il le cherchera aus-

si dans certains cas près du psychiatre.

Pour celui qui, à l'intérieur d'une prison, demeure un détenu assez anonyme, le fait d'être reconnu comme un être humain particulier, ayant des problèmes qui lui sont propres, est quelque chose de capital.

Dans cet univers carcéral, assez souvent déshumanisé, le détenu acquiert à nouveau le sens de sa personnalité, de son individualité. Bien souvent il arrive que tel ou tel surveillant, plein de bonnes intentions d'ailleurs, et croyant bien faire en évitant un travail supplémentaire à un médecin surchargé, l'avertisse : "Vous savez, un tel n'a rien ; il se porte aussi bien que vous et moi. Il vient à la consultation pour se promener ou pour vous raconter son histoire que tout le monde connaît" ; ou bien encore "c'est un malin, il cherche à faire le malade, mais c'est pour avoir un régime ..."

En effet cela est vrai, Monsieur X, n'a bien souvent que peu de choses sur le plan clinique, et son histoire est en général assez semblable à beaucoup d'autres. Mais il vient chercher quelqu'un : un médecin, un spécialiste de l'extérieur, qui, spécialement pour lui, va étudier son cas, formuler un diagnostic, décider d'un traitement. Il sera enfin considéré comme un cas particulier, comme un homme unique et irremplaçable, et non comme un détenu ayant commis tel délit et donc possible de telle ou telle peine prévue par telle ou telle loi. Cela se rencontre d'ailleurs dans la vie de tous les jours, et chacun connaît de ces malades : "malades imaginaires" qui vont consulter chaque fois un médecin différent, exposant en long et en large leurs symptômes ; se faisant au besoin radiographier, réclamant une ordonnance circonstanciée ; poussant le scrupule jusqu'à acheter des médicaments souvent coûteux qu'ils ne prennent pas. En toute bonne conscience d'ailleurs, car si vous le leur demandez, ils vous répondront qu'ils ont préféré s'assurer en consultant un autre médecin.

En fait, ce qui les intéresse, c'est de trouver quelqu'un qui leur donne à leurs propres yeux, une valeur qu'ils ont perdue aux yeux des autres, et qui de ce fait les rassure.

Bien sûr, dans certains cas la démarche thérapeutique sera inversée ; en ce sens que dans un premier temps, du fait de l'altération de son état mental l'individu refusera tout contact avec le médecin.

Parfois même ce sera contre son gré que sera instituée la thérapeutique ; mais une fois le contact rétabli grâce au médicament, le dialogue psychothérapique médecin-malade reprendra la première place.

Par ailleurs, en particulier au niveau de l'annexe psychiatrique,

l'utilisation des médicaments en nombre de plus en plus important, anène un dialogue détenu-surveillant infirmier. Il faudra que l'infirmier soit en premier lieu informé du mode d'action du médicament qu'il va distribuer ; il expliquera au malade : "voilà quelque chose qui va vous aider à dormir" ... ou bien "avec ça vous allez vous détendre" ... "ça va vous remonter le moral",. Cela est encore plus important s'il s'agit de médicament pouvant apparaître au premier abord comme nocif. Par exemple l'espéral au cours des cures de répulsion alcoolique. L'attitude du malade devant ses comprimés sera elle-même variable. Avec tel surveillant il acceptera volontiers son médicament ; avec tel autre ce sera presque un refus.

C'est dire combien il sera capital pour le médecin d'informer personnellement tel ou tel malade du changement de thérapeutique.

"Essayer de dissocier chez un malade ou dans un groupe de malades les effets thérapeutiques des chimiothérapies ou des psychothérapies est un travail auquel certains se sont livrés mais qui nous apparaît assez vain (Docteur Achaintre, Docteur Balvet). Bien que courante, l'opinion qui consiste à voir dans les chimiothérapies et dans la psychothérapie deux étapes, ne tient pas compte à notre avis de la réalité complexe des faits. Il est bien vrai que dans certains cas, la psychothérapie est pratiquement impossible tant que le médicament n'a pas abattu les symptômes les plus bruyants ou l'opposition du malade ; mais en règle générale, psychothérapie et chimiothérapie ne sont pas seulement mises en oeuvre en même temps (et parfois à notre insu) ; elles agissent à chaque instant l'une sur l'autre"

Sur un plan pratique, les médicaments sont à l'annexe psychiatrique, distribués par les surveillants lorsqu'il s'agit de comprimés, et plus souvent de potions. Actuellement peuvent être prescrits à l'annexe les médicaments les plus couramment employés à l'hôpital psychiatrique : neuroleptiques, barbituriques, psychoanaleptiques et antidépresseurs ; les injections médicamenteuses par contre sont toujours pratiquées par l'infirmière assistante sociale. Comme nous l'avons déjà dit, les médicaments sont distribués de préférence sous forme liquidienne (potions, sirops, comprimés broyés et délayés dans de l'eau) afin d'éviter tout incident. On peut craindre non seulement les non-absorptions des comprimés, mais leur accumulation clandestine dans un but de suicide ou de chantage.

A vrai dire les grands syndrômes neuro-psychiatriques sont rares à l'annexe, et d'ailleurs dans la plupart de ces cas ils sont adressés à l'hô-

pital psychiatrique (états maniaques, accès confusionnels, syndrômes schizophréniques, psychoses hallucinatoires chroniques, mélancolies, comitialités).

La grande majorité des malades est composée par des états névrotiques : états dépressifs, anxieux, créés ou aggravés du fait de l'incarcération et de l'inculpation ; états d'excitation, troubles caractériels et du comportement chez de petits déséquilibrés ; états obsessionnels chez des délinquants.

C'est dire dans la majorité des cas l'importance psychothérapique que revêtira l'entretien médecin-détenu.

Cette psychothérapie sera le plus souvent ce que l'on peut appeler une psychothérapie de "compréhension". Dans la mesure où le détenu est un homme malade, mental ou non, coupé du monde des hommes, dans la mesure où il est un isolé, un incompris, l'acte thérapeutique consistera dans son principe même à rétablir une communication entre le sujet, et le monde humain ; il faudra alors qu'il retrouve un sens à la vie sociale qui existe à l'extérieur des murs de la prison ; il faudra qu'il comprenne quel rôle il peut jouer malgré le mal qui le frappe au moment présent et qui est l'isolement, la mise en quarantaine par cette société.

Le rôle du thérapeute sera alors de comprendre ce détenu et d'essayer à son tour de lui faire comprendre comment il risque à nouveau de s'isoler lui-même de son propre chef par le fait que par sa délinquance, il se place en dehors des règles normales de la société. A ce moment là, il devient un autre sujet, un aliéné ; que les lois condamnent et vont punir en le mettant hors-jeu.

En fait chaque thérapeute a sa façon d'agir et il n'est pas question de donner une recette -type de la psychothérapie en milieu carcéral. Ce que l'on peut dire c'est qu'il s'agit le plus souvent de "psychothérapies simples" effectuées par des thérapeutes qui n'adhèrent pas à des écoles définies, et qui sont en fait des mélanges de thérapeutique de direction, et de compréhension, conduites à partir d'idées plus ou moins psychanalytiques.

En particulier, il faut souligner l'importance de cette psychothérapie au cours des cures de répulsion alcoolique, qui sont souvent pour beaucoup de détenus la première expérience qu'ils font d'un dialogue véritable ; l'occasion rare qui leur est enfin offerte de réfléchir sur leur vie.

Enfin, nous ne voudrions pas terminer ce bref aperçu sur les psychothérapies sans rappeler le rôle psychothérapique que joue le médecin de l'annexe dans ses inter-relations avec l'équipe médicale ou l'administration. En effet, le psychiatre qui arrive en prison franchit une limite séparant deux

mondes ; il doit, tel le travailleur en caisson, subir des stades de compression, puis, à sa sortie, de décompression progressive, avant d'aborder son travail proprement dit.

Le médecin en milieu carcéral devra de la même manière se mettre à vivre au même rythme que l'ensemble de la détention, qui diffère complètement du mode de vie extérieur. Il devra, et il aura à connaître tel conflit médico-administratif apparemment bénin, mais qui risque de compromettre tout un long travail ; il aura à écouter la direction ; les surveillants, surveillants chefs, infirmiers ; il aura à prendre connaissance des démarches entreprises à l'intérieur ou à l'extérieur de la prison par l'assistante sociale ; il aura parfois à arbitrer des conflits, parfois au sein même de l'équipe médicale.

Ce n'est qu'une fois qu'il sera imprégné par cette atmosphère carcérale, mais non pas étouffé, et qu'il sera au même rythme de vie qu'il pourra alors aborder les détenus et avoir avec eux un véritable dialogue.

Cette mise en conditionnement qui semble naturelle pour les praticiens entraînés aux problèmes pénitentiaires, demande un certain temps de latence, variable pour chacun, mais auquel pour notre part nous avons été sensibles. C'est encore une fois de plus l'occasion de souligner le rôle irremplaçable que joue l'annexe psychiatrique, parce qu'elle se trouve au sein de la détention.

2°) Les psychothérapies de groupe.

Commencées au début de l'année 1962, les psychothérapies de groupe sont devenues une des activités de l'annexe, en pleine expansion.

Actuellement, 3 groupes sont formés, ayant respectivement pour moniteurs Madame Buffard, psychologue ; le Docteur Gonin, médecin adjoint des prisons de Lyon ; le Docteur Hochmann qui s'est plus spécialement occupé des détenus ayant fait une cure de répulsion alcoolique. Il faut souligner que les thérapeutiques de groupe actuellement en plein essor à l'annexe, ont été choisies pour le thème du Congrès Mondial de Criminologie en 1965.

Nous laisserons Madame Buffard, dont nous avons suivi le groupe, en observateur, pendant quelques semaines, nous faire le bilan de près de deux années de psychothérapie de groupe, chez les délinquants en milieu fermé.

"C'est en mai 1962 que nous avons instauré la première expérience française de psychothérapie de groupe de détenus adultes, répondant ainsi aux vœux de la commission française auprès de la Société Internationale de Crimi-

nologie, de la Société des Prisons, du Comité consultatif des Nations Unies, à la suite d'un important travail du Professeur Colin et de ses collaborateurs.

Voici notre mode de fonctionnement : nous nous réunissons deux fois par semaine pour des séances de 1 h. 1/2. Les dimensions du groupe ont varié entre 4 et 9 membres. Le moniteur est parfois accompagné d'un observateur (une criminologue autrichienne venue faire un stage, un médecin qui a lui-même pris en charge un second groupe, un autre médecin psychiatre qui s'intéresse à ce travail, un psychologue libanais en stage à Lyon).

Depuis la constitution du second groupe, les deux moniteurs changent de groupe toutes les 4 ou 5 séances. Cette alternance pratiquée dans d'autres établissements (par exemple Van Der Hooven) est d'autant plus désirable qu'il y a un moniteur homme et un moniteur femme. Enfin, depuis quelques mois s'est constitué un troisième groupe qui est un groupe de buveurs en cure de répulsion, dirigé par un psychiatre.

Les participants répondent à plusieurs critères :

- Être reconnus, par un examen clinique, aptes à bénéficier de ce traitement ; le choix est facile lorsqu'on dispose du dossier de personnalité, mais quelle que soit l'origine de l'indication, le moniteur ne commence pas le traitement avant d'avoir eu un long entretien avec le détenu.

- avoir donné leur consentement, soit qu'on leur propose ce traitement en leur précisant bien que leur acceptation ou leur refus n'entraînera aucune conséquence sur le plan de la détention ou de la sentence, soit qu'ils soient eux mêmes "candidats".

- Être acceptés par les autres participants, cette règle, ce n'est pas nous qui l'avons imposée, elle s'est imposée à nous, dès lors que certains nous ont été rejetés unanimement par les prisonniers, comme ceux de délateurs, de "balançoires" en argot de détenus.

Les membres du groupe ont d'abord été choisis parmi les pensionnaires de l'annexe psychiatrique, et sur indication de l'équipe médico-psychologique de la prison, puis, tout naturellement, le recrutement s'est étendu aux autres bâtiments au fur et à mesure que certains détenus quittaient l'annexe où leur présence constante n'était plus justifiée, mais où ils revenaient régulièrement pour les réunions, et que d'autres sujets demandaient s'ils pourraient bénéficier du traitement.

Nous avons à la fois des prévenus et des condamnés, ce qui est dû au régime de la maison d'arrêt, mais on verra l'importance de la psychothérapie des prévenus, avant et après le jugement. Il faut, évidemment, connaître la si-

tuation pénale du détenu, et savoir s'il restera assez longtemps à la maison d'arrêt pour que le traitement ne soit pas interrompu après quelques réunions. La question des transferts se pose ; il est gênant qu'un détenu en cours de traitement soit transféré sans que le responsable du traitement en soit averti.

Nos premiers sujets étaient de "mauvais cas", récidivistes, auteurs de délits graves ou de crimes ; nous n'y avons pas inclus de meurtriers, par un sentiment de prudence, ou, faut-il dire d'appréhension devant les réactions des autres délinquants. Nous avons, actuellement un échantillonnage étendu : vols, escroquerie, meurtres, proxénétisme, agressions à main armée. Le brassage des catégories, la cohabitation au sein du groupe de délinquants qui, traditionnellement, affichent un mépris réciproque nous paraissent essentielles. Les séances sont régies par quelques simples conventions qui sont exposées à tous les participants.

- liberté de parole. Toutes les interventions sont permises, aucun sujet n'est tabou.

- secret et discrétion. Le moniteur est tenu au secret professionnel, ainsi que l'observateur. Il s'engage à ne rien répandre au dehors de ce qui se dit au cours des réunions, sauf les phénomènes de groupe intéressant le ou les cliniciens chargés du contrôle de la psychothérapie. L'abondance et la gravité des accusations portées par les prisonniers, et les noms propres qu'ils citent à chaque instant prouvent qu'ils ont entièrement confiance dans la parole du moniteur (bien entendu, nous nous gardons d'avoir un avis sur la véracité de ces accusations).

De leur côté, les détenus ne sont pas tenus au secret, mais on leur recommande la discrétion vis-à-vis des camarades qu'ils rencontrent au dehors du groupe ; il est impossible d'aller au-delà ; nous avons essayé de proposer la règle de la restitution, généralement appliquée aux thérapies de groupe, c'est-à-dire de rapporter aux réunions les conversations personnelles mais ayant trait au groupe, qui ont pu avoir lieu dans l'intervalle des séances ; cette proposition a été si fraîchement accueillie que nous n'avons pas insisté. Peut-être y a-t-il eu là une faute de notre part à ne pas donner simplement cette règle au départ parmi les autres conventions. La raison de notre abstention à ce moment est que nous cherchions à vaincre la défiance, cette véritable maladie carcérale (ni le moniteur, ni l'observateur ne prennent de notes pendant la réunion) et à instaurer dans les groupes la plus grande liberté possible. Dans la prochaine expérience, nous pourrions proposer cette

règle, malgré l'impossibilité de savoir si elle est respectée.

- psychothérapie de groupe et psychothérapie individuelle. Au départ, nous avons préservé le recours individuel de chaque participant au moniteur, à condition qu'il fasse la demande d'un entretien personnel devant le groupe. Nous étions, ainsi, en contradiction flagrante avec la théorie du groupe de formation (mais non avec la thérapie de groupe en milieu psychiatrique) : les détenus ont largement profité de cette possibilité, jusqu'au jour où le moniteur, déjà alerté par son contrôle, et le groupe tout entier, se sont aperçus que de cette façon tous les problèmes étaient réservés au moniteur et que le groupe était à peu près vidé de sa substance.

Par une décision unanime, et non simplement majoritaire, on a convenu que tout membre du groupe pouvait demander l'assistance d'un autre clinicien pénitentiaire, mais non du moniteur de groupe. Cette nouvelle règle a été respectée, et a aussitôt redonné au groupe une nouvelle vigueur, bien que certains membres cherchent à communiquer avec le moniteur par l'intermédiaire d'un clinicien de l'équipe qu'ils prennent un peu comme "boîte aux lettres".

Il est indispensable que les détenus névrosés puissent bénéficier ou d'une psychothérapie ou d'un soutien individuel. Souvent, ils ne peuvent pas attendre la séance suivante pour résoudre les tensions nées de la séance qui vient de se terminer.

Il ne faut jamais oublier que nous travaillons en vase clos, et qu'il n'y a pas, ou très peu de soupapes de sûreté pour les détenus. Il y en a moins, pour les prisonniers des maisons d'arrêt que pour ceux des contrales par exemple. Les groupes qui seront constitués de sujets en semi-liberté ou de probationnaires, ou de libérés conditionnels, seront, sans doute, moins explosifs.

- contrôle. Effectué d'abord de façon un peu irrégulière, il se normalise. Les moniteurs sont contrôlés soit par une réunion d'équipe, soit par un clinicien pénitentiaire, soit par un autre moniteur.

Il est évident que cette structure fluctuante du groupe : individus de passage, départs ou transferts inattendus de détenus, introduction de nouveaux membres à des moments non choisis, constitue une particularité.

D'autres expériences, conduites dans des institutions de jeunes délinquants ou en milieu ouvert (délinquants sexuels), ont évité toute modification du groupe pendant sa période de fonctionnement. Les groupes de buveurs constitués depuis peu, et dont la durée est égale à celle de la cure de répulsion, répondent aussi à ces conditions. Mais, pour les autres groupes,

nous sommes obligés de tenir compte des changements. Leurs conséquences ne paraissent pas toutes défavorables, au contraire ; ils constituent un événement dans une vie carcérale qui en est tristement dépourvue ; ils permettent de resserrer la cohésion, ils empêchent la routine.

Pourtant, les départs posent des problèmes. Ainsi, un des membres du groupe devait être libéré à une date connue. Ayant demandé à suivre une cure de désintoxication avant son départ, il dut l'interrompre et passer quinze jours à l'hôpital psychiatrique à la suite d'un épisode confusionnel : de ce fait, il n'avait plus que trois réunions avant sa sortie, et son sevrage de groupe ne put être préparé. Il manifesta une véritable panique, un "vertige de la sortie", et le groupe lui proposa de correspondre avec lui lorsqu'il serait libéré ; offre qu'il accepta, mais avec certaines réticences. Depuis, nous avons eu de ses nouvelles par le service social, et avons pu lui répondre brièvement par le même canal. Mais, l'administration pénitentiaire, sollicitée à la demande du groupe, n'a pas accordé l'autorisation d'une correspondance entre un détenu libéré et ses ex-codétenus. Nous savons que notre libéré va bien pour l'instant, mais le lien thérapeutique n'a pu être maintenu.

Par contre, il pourra être maintenu pour ceux qui en auront besoin et qui resteront à Lyon (ce qui ne sera pas le cas, hélas, pour les interdits de séjour), par des consultations individuelles, ou même des réunions de groupe dans un dispensaire d'hygiène mentale. Les réunions de groupe s'adresseraient alors à toute personne dirigée vers ce traitement et les libérés s'y rendraient comme n'importe quel assuré social, leur passé n'étant pas connu des autres participants. En parlant de ce service de post-cure nous exprimons le désir de plusieurs participants, tout en ayant bien conscience qu'ils peuvent oublier toutes leurs résolutions en franchissant le seuil de la prison.

Ce qu'on attend d'une expérience, bien sûr, ce sont les résultats. Eh bien, nous n'avons pas de résultats. Deux de nos sujets sont actuellement en liberté, et l'un nous a téléphoné quelques jours après pour dire que tout allait bien, plusieurs autres attendent une libération prochaine ; l'un d'eux qui a été transféré écrit à l'assistante sociale qu'il allait reprendre contact avec le moniteur de groupe dès sa libération. Nous ne pouvons faire de pronostic. Nous pouvons seulement dire, que, sans un traitement, les délinquants que nous avons choisis auraient toute chance de récidiver, car la sanction était insuffisante à elle seule à transformer leur être-dans-le-monde.

Mais cette méthode soulève dans son application des problèmes d'ordre général dont nous aborderons seulement ceux qui sont les plus frappants :

- choix et formation des moniteurs
- conséquences de l'introduction de cette méthode sur la vie pénitentiaire
- buts de la méthode : traitement, resocialisation, réadaptation, restauration des valeurs,

1°) En ce qui concerne les moniteurs, il est inutile d'insister sur la nécessité d'une formation universitaire et pratique qui a été soulignée par tous les criminologues. Reste en suspens la question de savoir si une psychanalyse didactique est nécessaire ou désirable ? Si nous gardons à l'esprit que la thérapie de groupe n'est pas une psychanalyse, nous pourrions dire que l'analyse n'est pas plus indispensable au moniteur que dans toute autre forme de traitement psychologique, ce qui n'exclut pas, bien entendu, une connaissance approfondie de la psychanalyse.

La prise de conscience de ses propres problèmes, la maîtrise des contre-transferts, la clarté des interprétations, voilà ce que le moniteur doit acquérir. Le contrôle effectué, soit par l'observateur, soit par un supérieur, soit par une équipe fonctionnant à la façon de Balint, l'aidera puissamment. C'est surtout l'équilibre de sa vie intérieure qui lui permettra de se tenir à égale distance du scepticisme et du pharisaïsme. Il ne faut pas se dissimuler que ce travail est pesant et que la neutralité, si elle est souvent ressentie comme frustrante par le détenu, deviendrait vite également frustrante pour un thérapeute fragile.

2°) Le deuxième point, l'incidence des méthodes de ce genre sur la vie pénitentiaire, s'imposera de plus en plus à l'attention. On se rend compte que l'administration pénitentiaire en acceptant ces réunions, agit de façon révolutionnaire ; on met en présence des détenus qui n'auraient peut-être jamais eu l'occasion de se rencontrer, on favorise ainsi des amitiés, peut-être des complicités ou des échanges d'information ou d'objets (pas à la réunion, bien sûr, mais dans les couloirs qui aboutissent à la salle), on laisse les prisonniers exposer leurs griefs, attaquer en toute liberté non seulement les institutions, mais les hommes qui les ont condamnés et qui en ont la garde ; on soumet à l'horaire des séances le travail ou les occupations des détenus. Il peut s'ajouter un risque supplémentaire : certains sujets réagissaient aux premières séances par des attitudes d'agitation et de révolte, de même que les enfants en cours de psychothérapie passent quelquefois par une phase où ils sont insupportables en famille. Mais surtout, le simple fait que ces réunions aient lieu, place, sous un éclairage nouveau l'éternelle question de savoir

comment la sanction est appliquée et comment elle est vécue,

La psychothérapie ne peut être un élément isolé de la vie du dé-
tenu ; elle n'est assimilable ni à un cachot d'aspirine, ni à un régime alimen-
taire. Elle n'est pas non plus une faveur, et à ce sujet, il faut veiller à
l'interprétation que feraient les autres détenus et les participants eux-mêmes.
Lorsqu'elle entre en contradiction avec une des coutumes de la vie pénitenciai-
re, il n'est peut-être pas souhaitable "d'arranger" les choses, mais plutôt de
chercher les raisons profondes de cette contradiction. L'information et la for-
mation du personnel de surveillance sont indispensables. C'est un des points
sur lesquels insiste à juste titre le groupe counselling. Mais aussi tout ce
qui concerne la vie sociale des détenus : hygiène, travail et salaires, con-
tact avec l'extérieur, etc ... devient d'une brûlante actualité. Les méthodes
médico-psychologiques, contrairement à ce que l'on croit parfois, ne sont ja-
mais des méthodes sélectives qui permettraient d'éluder les problèmes de base.

3°) Nous rejoignons ici la question des buts de la méthode, ques-
tion qui préoccupe autant les délinquants que les criminologues : "Pourquoi
on fait ça ? A quoi ça sert ?", et les anciens répondent : "tu verras bien, il
faut d'abord le faire". Nous n'oserions pas proposer cette solution aux lec-
teurs, mais si l'on veut tenter de transcender la description des phénomènes
observés, on pourrait dire qu'à travers la dynamique de groupe, nous cherchons
à élever le niveau de la conscience ; conscience de soi, conscience de l'exis-
tence d'autrui. Le détenu a souvent perdu cette notion, il transforme l'uni-
vers imposé en univers abstrait ; quant à sa victime, même s'il s'agit simple-
ment d'un vol, il l'a rayée du monde ; et il arrive que dans les réunions elle
renaisse à sa vive surprise. Les délinquants que nous soignons, ont avec la
Société un conflit qui n'évolue pas sur le plan rationnel, bien qu'évidemment
ils le rationalisent. Ils ressentent la société comme une mauvaise mère qui ne
sait que punir. Ils ne cherché^{nt} jamais à la transformer de façon positive ; il
est significatif qu'ils n'aient jamais pratiquement d'engagement syndical ou
politique, sinon comme hommes de main dans les périodes agitées. Leur vie tend
à reproduire, même s'ils ne sont pas atteints d'une névrose d'échec typique,
un cycle agression, échec. La sanction risque d'être vécue comme un châtiement
injuste qui ne débouche que sur deux issues : la vengeance ou la passivité. De
plus, le détenu qui n'est pas soutenu par une grande idée ou par un moi parti-
culièrement fort, présente au bout d'un temps variable (de quelques mois à quel-
ques années) des symptômes de désintérêt, de régression, qu'on pourrait, par

analogie avec l'hospitalisme, ranger sous le nom de carcéralisme.

La psychothérapie de groupe est un traitement qui engage chacun des participants ; l'individu est à la fois solidaire et responsable du groupe, il donne autant qu'il reçoit. La personnalité du moniteur est assez diluée pour ne plus pouvoir agir par persuasion. Les relations qui s'établissent sont du type horizontal, c'est peut-être cet échange qui donne naissance au rire spontané, au rire de joie, phénomène si rare en prison, et que nous avons souvent vu éclore. On peut aussi mettre au compte de ces relations restaurées la distance que prennent les membres du groupe par rapport au mensonge, autre plaie de la vie carcérale."

3°) Les cures de répulsions alcooliques.

Au début du fonctionnement de l'annexe psychiatrique, les cures de dégoût éthylique n'avaient pas été envisagées.

En effet, malgré les vœux exprimés par certains magistrats qui voyaient dans la cure une "sanction thérapeutique", les médecins de l'annexe considéraient la cure en milieu carcéral comme difficilement concevable :

- sujet placé contre sa volonté, dans un milieu de contrainte.
- possibilité d'envisager la cure comme un moyen susceptible de procurer une atténuation de la peine.

-- après la cure, pas de possibilité de rechute, le régime alimentaire carcéral ne prévoyant pas de vin (possibilité cependant pour le détenu de se procurer à son compte au maximum 1/4 de litre de vin à la cantine).

Enfin, le manque de surveillants, et surtout l'absence d'une infirmière assistante sociale, restaient l'un des principaux obstacles à cette thérapeutique.

On pouvait alors seulement conseiller au détenu une fois sa peine achevée, de se mettre en relation avec un centre hospitalier pour y subir une cure.

En octobre 1956, la direction générale de l'Administration pénitentiaire, désireuse de voir pratiquer à Lyon une expérience qui se déroulait depuis quelque temps à Fresnes, Dijon et Marseille, fit savoir qu'au cas où le principe de "cures de désintoxication antialcoolique en milieu pénitentiaire" serait accepté à Lyon ; elle pourrait "dans l'affirmative seulement essayer de procéder au recrutement d'une nouvelle assistante sociale".

"Dans l'affirmative, précisait également la note, les relégués de Pelissier et de St Etienne, fourniraient en effet un recrutement largement suffisant et l'évacuation des cellules occupées par les mineurs permettrait de loger dans des conditions convenables les intéressés. Ainsi se trouverait réalisé l'un des vœux présentés par la Commission de Classement de St Etienne".

Les médecins de l'annexe acceptèrent sans hésitation cette proposition, en mentionnant cependant que "de telles cures pourraient intéresser, par la même occasion des prévenus ou des détenus des prisons de Lyon".

En Mai 1957, l'Administration centrale acceptait d'étendre le bénéfice des cures aux détenus de Lyon et en novembre 1957, devant la réussite de l'expérience, elle envisageait la "mise en place à Lyon d'un centre de cure anti-alcoolique, qui serait susceptible de travailler sur un plan national, conformément au projet de la circulaire 108 O.G. - SV/GB s.s."

Ayant l'avis favorable de Monsieur Marquette, alors directeur de la région pénitentiaire de Lyon ; le Docteur Broussolle put dès lors élaborer les modalités pratiques permettant les cures de répulsion alcoolique en milieu carcéral, en particulier

1°) l'établissement d'un questionnaire destiné aux médecins des prisons ou psychiatres consultants afin de faciliter le recrutement des candidats.

2°) un questionnaire d'ordre social, établi par l'assistante sociale

3°) une notice explicative sur la cure de dégoût à l'usage du personnel pénitentiaire.

Le 27 Mai 1958, une circulaire ministérielle émanant du Ministère de la Justice, créait de façon officielle "un centre de cure anti-alcoolique auprès des prisons de Lyon".

Direction
de l'Administration
Pénitentiaire

27-5-1958

A. P. 150

Bureau de l'Application
des Peines

CREATION D'UN CENTRE DE CURE
ANTI-ALCOOLIQUE AUPRES DES
PRISONS DE LYON.

à Messieurs les DIRECTEURS REGIONAUX des services pénitentiaires.

Il a été institué récemment, dans un quartier cellulaire de la maison d'arrêt de Lyon qui comporte une quinzaine de places, un "Centre de cure" antialcoolique qui permet de faire bénéficier d'une cure de désintoxication certains condamnés, durant leur détention, avec des garanties d'ordre médical semblables à celles qu'offrent les dispensaires spécialisés.

Vous aurez donc désormais la possibilité de proposer pour suivre cette cure les détenus dont les antécédents laissent redouter qu'ils reprennent à leur sortie de prison leurs habitudes d'intempérance, pourvu que ceux-ci acceptent de s'y soumettre et qu'ils soient susceptibles de bénéficier prochainement d'une libération conditionnelle ou définitive.

En ce qui concerne les libérés définitifs, les chefs d'établissement devront constituer, environ 3 mois avant la date prévue pour l'élargissement, un dossier qui comprendra :

- a) l'engagement écrit de l'intéressé de se soumettre à la cure immédiatement avant sa libération;
- b) un certificat du médecin de l'établissement, attestant que le requérant paraît en état de supporter le traitement;
- c) les renseignements d'ordre médical, prévus à la notice de "proposition d'admission" dont le modèle est ci-annexé et qui seront inclus dans une enveloppe cachetée à l'adresse du médecin du Centre de cure de Lyon;
- d) une enquête sociale au moins sommaire sur les conditions prévues pour le reclassement du sujet;
- e) une "fiche sociale", conforme au modèle également ci-annexé, qui sera incluse dans une enveloppe cachetée à l'adresse de l'assistante médico-sociale du Centre de cure de Lyon;
- f) un relevé de la situation pénale et, s'il y a lieu, des condamnations antérieures.

Vous aurez à m'adresser ces dossiers, sous le présent timbre, au fur et à mesure de leur constitution, en les assortissant de votre avis et de tous renseignements complémentaires que vous jugeriez utiles.

J'apprécierai alors, après avoir consulté le médecin du Centre de cure, s'il convient ou non d'envoyer les condamnés en cause à ce Centre, et dans l'affirmative, je les y ferai transférer de huit à dix semaines avant l'expiration de leur peine, la durée du traitement étant approximativement de six semaines.

Pour les libérés conditionnels, les documents visés aux paragraphes a), b) et d) ci-dessus devront être réunis au dossier de proposition de libération conditionnelle, en étant joints à l'emplaire du questionnaire destiné à l'autorité préfectorale.

Au cas où une décision favorable interviendrait sous condition pour le condamné de suivre une cure antialcoolique au Centre de Lyon, un terme minimum de trois mois sera fixé à son exécution.

Dès qu'il sera avisé d'une telle décision, le chef de l'établissement de détention fera parvenir immédiatement et directement au Directeur des prisons de Lyon les pièces visées aux paragraphes a), c), e) et f) ci-dessus, afin que soit prononcée l'admission du sujet, s'il n'y a pas de contre indication médicale.

Lorsque je serai informé de cette admission, je ferai transférer le condamné au Centre de cure, en sorte que la date prévue pour sa mise en liberté conditionnelle coïncide avec la fin du traitement.

J'ai cru utile de porter les présentes dispositions à la connaissance des Présidents des Comités d'assistance aux libérés, ainsi qu'à celle des médecins, des infirmières et des assistantes sociales de l'Administration Pénitentiaire qui voudront bien mettre le Centre de cure de Lyon en mesure de constater les résultats obtenus, en le tenant informé du comportement des libérés passés par ce Centre et qui se trouveraient sous leur contrôle.

Il importe en effet que toutes les personnes qui seront appelées à s'occuper, soit en détention, soit en milieu libre, d'anciens délinquants ayant demandé leur désintoxication alcoolique coopèrent étroitement à la continuation et au succès de l'action entreprise.

Pour que leur soit facilitée cette tâche, celles d'entre elles qui ne sont pas déjà initiées aux problèmes posés et les membres du personnel pénitentiaire qui auront à conseiller ou à renseigner les détenus, trouveront ci-joint quelques notions essentielles qui ont été dégagées par le médecin du Centre de Lyon pour leur servir de première documentation.

J'ajoute enfin que la nouvelle institution ne fait évidemment pas obstacle à ce que des cures anti-alcooliques continuent à être organisées, sur le plan local et en liaison avec les services de la Santé Publique, au profit des sortants de prison et éventuellement des condamnés en semi-liberté.

Le Directeur
de l'Administration Pénitentiaire
R. LHEZ.

Destinataires :

MM. les Directeurs Régionaux des services pénitentiaires
les Directeurs des maisons centrales et établissements assimilés;
les Surveillants-chefs des maisons d'arrêt, de justice et de correction (Métropole)

à titre d'information :

MM. les Présidents des Comités d'assistance aux libérés;
Mmes les Assistantes sociales de l'Administration Pénitentiaire;
MM. Les Médecins de l'Administration Pénitentiaire;
Mmes les Infirmières de l'Administration Pénitentiaire.

ANNEXE I

PROPOSITION MEDICALE
POUR CURE DE DESINTOXICATION

Nom : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Motivation officielle de la demande de cure : _____

Motivations officieuses probables ou certaines : _____

Degré de conscience que le détenu a de son alcoolisme, voire de sa
déchéance : _____

A quoi attribue-t-il son alcoolisation ? _____

A-t-il subi antérieurement des cures de désintoxication ? _____

Où ? (Hôpital général ou Hôpital psychiatrique) — ~~X~~ —
suivant quelle méthode ? (apomorphine ou Espéral) _____

A-t-il fait des séjours dans un service de neuropsychiatrie ? _____

Dans ce cas, au bout de combien de temps et dans quelles circonstan-
ces la rechute s'est-elle produite ? _____

Son état somatique lui permet-il de subir une cure ? Signaler en
particulier les antécédents cardiovasculaires, (Hyper T.A., cardio-
pathie) pulmonaires (asthmes, emphysème), neurologiques (comitialité).

Modalités de son intoxication : _____

- abus continus ou intermittents; existence d'épisodes aigus
..(ivresse - délirium)

- quantité et qualité des boissons alcoolisées choisies (vin, bière,
apéritifs, digestifs).

- corrélations entre son intoxication et sa délinquance

- corrélations entre son intoxication et sa situation pénitentiaire.

ANNEXE II

FEUILLE SOCIALE POUR CURE DE DESINTOXICATION.

Nom : _____

Prénoms : _____

Date de naissance _____

SITUATION FAMILIALE

{ Célibataire
} Marié
} Veuf
} Séparé
} Divorcé

CONJOINT

{ Age _____
} Profession _____
} adresse _____

ENFANTS : _____

FILIATION

PERE

{ Age _____
} Profession _____
} adresse _____

MERE

{ Age _____
} Profession _____
} adresse _____

COLLATERAUX

FRERES

{ Nom _____
} Age _____
} profession _____
} adresse _____

SOEURS

{ Nom _____
} Age _____
} Profession _____
} Adresse _____

Personnes s'intéressant au détenu et susceptibles de l'aider après la cure _____

Le détenu a-t-il des nouvelles de sa famille ? _____

Possibilité de reprendre la vie familiale à sa libération. _____

NOTIONS ESSENTIELLES CONCERNANT LES
CURES DE DESINTOXICATION ELIMINIQUE DES DETENUS

Généralités

Il faut retenir en premier lieu deux principes :

- 1°) la cure de désintoxication ne doit pas être instituée en début de détention;
- 2°) Il faut qu'en fin de cure, le sujet soit en liberté ou en semi-liberté.

La méthode mise en oeuvre pour ces traitements n'est pas simple, mécanique, comme certains actes de chirurgie courante. La fragilité des résultats nécessite de grandes précautions dans le choix des détenus, dans les circonstances mêmes du traitement, et surtout dans la post-cure.

Choix des candidats

Avant de laisser entrevoir la possibilité d'un traitement, il faut avoir bien évalué le fond du sujet envisagé. Le désir de se faire soigner doit venir de lui-même, sincèrement, il ne doit pas être en effet guidé par l'espoir d'un avantage immédiat facilité par la rédaction d'un bon rapport, ou par le simple espoir de changer de prison, ou encore de faciliter la plaidoirie de son Avocat ou la présentation de son retour en grâce. Cette sincérité ne peut exister que si le détenu se rend suffisamment compte de la déchéance que lui a apporté l'alcool. Si cette conscience de son propre mal n'existe pas, il n'y a guère de chance de guérison. L'alcoolique doit être entouré non plus de ses anciens compagnons de boisson, mais d'amitiés solides, souples et efficaces. Il faut donc renouer (quand cela est possible) les liens familiaux et amicaux ou en créer de nouveaux avant même de songer à une cure. Il faut s'inquiéter de savoir si le détenu n'a pas bénéficié de cures antérieures; certains passent sous silence les tentatives de sauvetages précédentes; ces cas là sont malheureusement en général des contre-indications, à moins qu'il ne soit prouvé que la cure précédente avait été faite dans de mauvaises conditions et que les conditions actuelles sont très différentes et beaucoup plus constructives.

Naturellement les candidats à une cure de dégoût sont examinés par le Médecin de la Prison. Une enquête sociale, lorsque cela est possible, sur le milieu de la vie du détenu et sur les possibilités de reclassement, permettra aussi d'évaluer les chances de réussite.

Ce qu'il faut dire et ne pas dire

Il ne faut pas lier la cure à une promesse d'élargissement ou à une amélioration quelconque dans la situation du détenu. Le recrutement des candidats serait faussé dès le départ. Mieux vaut expliquer individuellement ou collectivement en quoi consiste la cure, son déroulement, le lourd engagement qu'elle entraîne, mais aussi l'entr'aide promise lors de la post-cure.

Les grands principes de la cure

D'une durée de 5 à 6 semaines, la cure se décompose en 3 périodes :

1 - Durant la première, d'une semaine environ, le sujet est soumis à un traitement vitaminique et hépatique qui tend à améliorer son état général;

2 - Puis il prend chaque matin des cachets d'Espéral (ou Antabuse); ceux-ci se prescrivent à des doses variant entre 0 gr.25 et 1 gr. Dès la 2ème prise, on fait absorber du vin assez fort en degré (13 à 14°) 1/4 de litre environ. Dans les minutes et les heures qui suivent se déroule "la réaction", sous surveillance médicale attentive : maux de tête, nausées, vomissements, palpitations, oppressions, etc.

Ces "réactions" sont reproduites d'abord quotidiennement; le sujet étant de plus en plus sensibilisé à l'alcool, elles se déclenchent (si tout marche bien) avec des doses décroissantes de vin.

3 - Vers la fin de la cure on ne déclenche les réactions que deux fois par semaine.

Cette méthode à l'Espéral est la plus employée, mais elle n'est pas applicable à un certain nombre de sujets : ceux atteints de maladies de coeur, ou d'une grosse hypertension; les asthmatiques et emphysemateux; les grands nerveux du type épileptique ou ceux qui ont eu autrefois des attaques et des paralysies. On a recours alors à une méthode plus ancienne, dite à l'apomorphine; elle consiste à faire une injection d'apomorphine presque en même temps que l'ingestion de boisson alcoolisée; le patient est pris de vomissements. Ce traitement est plus compliqué (piqûres) et plus fragile. En effet, il faut prendre soin de donner au patient plusieurs sortes de boissons alcoolisées car il risque de n'être dégoûté que des alcools qu'il aura pris pendant la cure.

La post-cure

La prise de cachets d'Espéral devra être poursuivie pendant des mois ou des années. De même devra être maintenue indéfiniment la consigne d'une abstinence alcoolique absolue : aucune boisson alcoolisée (vin, bière, cidre, apéritif ou digestif), ni d'eau rougie, entre les repas ni pendant les repas.

Ces obligations rigoureuses n'ont des ~~charges~~ d'être observées que si le sujet est bien entouré :

- il devra être vu périodiquement par un médecin spécialiste ou au courant des cures de désintoxication; pour les cas de cure à l'apomorphine, ce dernier fera de temps en temps des injections de rappel;

- il devra rencontrer encouragements et compréhension au lieu de son hébergement -(centre d'accueil, pension de famille, foyer familial, ...) et de son travail;

- il devra trouver des lieux de détente qui remplacent le bistrot; cette condition est, on le devine, la plus difficile à réaliser. Il aura quelque chance d'y arriver en adhérant au mouvement anti-alcoolique du lieu, le plus actif (selon le cas, ce sera la Croix Bleue, la Croix d'Or, AIDES, etc.)

Remarques importantes

La cure de désintoxication n'est pas un traitement simple; ses résultats, fragiles, nécessitent de grandes précautions dans le choix des détenus, dans les circonstances même du traitement et surtout dans la post-cure.

Pendant la cure, l'attitude des surveillants, des autres détenus, le régime alimentaire, les boissons vendues en cantine, le travail, les distractions, les liaisons avec l'extérieur (assistante sociale, visiteurs, courrier) sont autant de facteurs qui peuvent contribuer à la réussite ou à l'échec du traitement.

La cure a d'autant plus de chance de réussir que le candidat désire la subir sincèrement et qu'il a conscience de sa déchéance due à l'alcool.

LES CANDIDATS AUX CURES

Les alcooliques rencontrés sont de nature très différente : la délinquance des uns est la conséquence de leur alcoolisme; chez d'autres l'intoxication n'accompagne le délit que de façon contingente; d'autres encore ont bu pour commettre leur délit; enfin, assez nombreux sont les condamnés, les relégués surtout, dont l'appétence alcoolique se confirme à chaque tentative de remise en liberté, appétence qui les conduit à un échec et à une ré-incarcération, à la suite d'une infraction au régime de semi-liberté ou d'un nouveau délit.

Les candidats aux cures de dégoût qu'il nous est possible de détecter ou de susciter à Lyon, relèvent de situations pénales diverses : ce sont parfois des prévenus encore en imprégnation aigüe ou des buveurs chroniques que le temps probable de séjour à la Maison d'Arrêt permet de traiter (mais une libération anticipée est toujours possible et d'autre part on peut les persuader de se faire soigner ultérieurement à l'hôpital); ou encore des détenus de courte peine, demeurés à la Maison de Correction. La Justice se préoccupe davantage des détenus de longue peine et surtout des relégués qui vont faire l'objet d'une mesure de liberté définitive ou conditionnelle. Contrairement à la première catégorie précitée, tous les condamnés, du fait du régime actuel des Prisons (où les boissons alcoolisées pénètrent de moins en moins), se trouvent sevrés, désimprégnés.

Les refus sont dictés :

- par la trop grande médiocrité d'un état physique (mais elle a généralement déjà été dépistée par un confrère);
 - par la conjonction trop péjorative des facteurs sociaux : isolement total, alcoolisme conjugal, reclassement professionnel impossible hors du métier antérieur alcoolisant (ouvrier vigneron par exemple)...
 - sauf exception, par les situations préventives : une cure pendant le déroulement de la procédure pourrait fausser les données primitives en accentuant la note pathologique du sujet ou en lui prêtant une bonne volonté qu'il n'avait pas au départ;
 - par les attitudes d'incompréhension trop grandes de certains candidats.
- Nous avons refusé aussi de soigner un sujet qui voulait, par un retour à l'abstinence, améliorer la performance de ses délits (le vol à la tire).

LA CURE

Les curistes sont soignés dans le secteur de l'Annexe Psychiatrique (où toute boisson alcoolisée, même la bière légère, est interdite), mais ils sont séparés des autres détenus.

Ils bénéficient d'un régime alimentaire amélioré (lait, viande, légumes et fruits) et soumis préalablement à une cure vitaminique.

Un bilan biologique est dressé : examen urinaire, dosages d'urée et de cholestérol, tests hépatiques, E.E.G. dans de rares cas, voire scopie ou graphie pulmonaire (qui ont été généralement pratiqués dans la prison de départ).

Le principe de la cure leur est expliqué par le médecin et l'infirmière; des livres ou brochures anti-alcooliques leur sont distribués qui permettent des commentaires ultérieurs. Parfois les curistes ont été bien préparés et acquis à notre cause grâce à une assistante sociale, à un Directeur de Prison ou à certains collègues (c'est le cas notamment pour le Centre de St-Etienne), mais dans d'autres cas ils arrivent, totalement ignorants ou bourrés de préjugés.

En dehors des périodes d'épreuve les sujets ont la possibilité de s'occuper à de menus travaux (collage, pliage, découpage...) rémunérés, ou de se distraire.

Il est inutile d'insister sur le rôle fondamental, indispensable, joué par l'infirmière de l'Annexe. Le fait qu'elle ne puisse être doublée met notre entreprise en péril lors de ses congés annuels ou de sa maladie.

De même les 4 surveillants affectés spécialement à l'Annexe jouent un rôle très important, avertis qu'ils sont des problèmes psychiatriques grâce à des stages hospitaliers. Ils participent d'ailleurs activement aux distributions médicamenteuses, à l'observation des comportements, et assurent la discipline, la vie même de notre petit secteur qui, outre les buveurs, abrite une vingtaine d'autres détenus en soin ou en observation.

Dans la mesure de nos moyens, tous les efforts sont faits pour rapprocher les curistes des conditions d'hospitalisation et leur faire oublier - un peu - leur situation pénitentiaire; et particulièrement l'univers restreint de la Maison d'Arrêt.

L'ambiance de cure se crée assez facilement mais elle est fragile: - car la contrainte demeure, qui maintient malgré tout des rapports de force

imposés, contraires aux lois habituelles de la psychothérapie.

- les curistes, dans notre univers fermé, sont très dépendants de l'opinion de leur entourage. Si ces 4 Surveillants de l'Annexe sont des auxiliaires avertis et convaincants, leurs collègues des secteurs voisins ne s'ouvrent que progressivement à nos problèmes il est vrai combien paradoxaux, déconcertants et contradictoires (nous-mêmes ne sommes-nous pas lents à nous initier aux difficultés pénitentiaires ?). Mais la population pénale surtout constitue un élément imprévisible; on connaît ce flot incessant de rumeurs généralement fantaisistes et négatives qu'entretient un groupe de détenus. De sorte que la conviction et la confiance des curistes sont parfois soumises à rude épreuve. Témoin cette lettre qu'adressait à sa femme un curiste particulièrement timoré dont l'actuelle abstinence nous a agréablement surpris : cette lettre d'allure testamentaire nous mettait véritablement en accusation.

- la présence médicale n'est pas aussi complète qu'à l'hôpital, quoique nous venions à tour de rôle quatre demi-journées par semaine et que les séances d'épreuve se fassent toujours en notre présence pendant nos consultations.

- si l'on ajoute la médiocrité des perspectives d'avenir, la précarité ou l'absence de liens avec l'extérieur, on comprendra que l'atmosphère de sécurité souhaitable est difficilement réalisable.

Néanmoins, les moments de panique ou de défaitisme sont rapidement dissipés après des entretiens individuels et collectifs et nous sommes finalement étonnés par l'esprit de coopération de nos patients et par la confiance dont ils témoignent. Lorsque les cures sont bien synchronisées, ce que nous préférons, se forme une sorte d'esprit de promotion. Ou pour prendre une autre image que nous affirmons proche de la réalité, nos amis ressemblent à des matelots embarqués dans une même aventure. Pour accentuer la comparaison, nous les retrouvons, au moment de la réaction d'épreuve, dans la pièce commune, pour ainsi dire sur le pont, dolents, nauséux, gisant côte à côte sur leurs lits de camp. Cette dynamique de groupe un peu spéciale est moins marquée à l'hôpital où les curistes, habituellement, voisinent avec des malades soumis à d'autres traitements.

Les techniques de cure, soit à l'apomorphine, soit au disulfirame, ne s'écartent pas des schémas classiques : nous faisons l'épreuve au vin trois fois par semaine pendant un mois.

- pour l'apomorphine, nous offrons au sujet alternativement vin rouge ou vin blanc de fort degré et alcools.
- pour le disulfiram : doses initiales quotidiennes généralement de 1 gr., dégressives ensuite; importance moins grande du choix de la boisson alcoolique. Apomorphine d'appoint parfois pour faciliter les réflexes nauséux.

Les incidents que nous avons pu observer sont ceux que l'on peut rencontrer au cours de toute cure antialcoolique : collapsus légers, états confusionnels, crises épileptiques chez les prédisposés.

Un laps de temps d'au moins 8 à 10 jours est prévu avant la libération ou le transfert, pendant lequel le sujet ne subit plus d'épreuve et prend quelque repos réparateur.

Chaque curiste fait à son entrée l'objet d'une observation détaillée; et le déroulement de sa cure est noté chaque jour sur une feuille spéciale.

LA POST-CURE.

On imagine sans peine les grandes difficultés rencontrées par nos patients dans la poursuite de la cure d'entretien du fait de leur désinsertion sociale plus grave que pour les autres buveurs.

Selon les cas, l'Assistante Sociale fait appel au Comité Post Pénal, au Surveillant ou à l'Educateur du Centre de semi-liberté, à la famille à l'employeur; dans deux cas un mouvement d'anciens buveurs, Vie Libre ou Croix d'Or, a pu prendre en charge notre patient. Ces sociétés d'anciens buveurs, déjà fragiles et surchargées de problèmes complexes, ne peuvent actuellement s'occuper à la fois que de un ou deux anciens délinquants.

Pour certaines post-cures, l'Infirmière-Assistante Sociale se trouve parfois engagée dans des péripéties "sportives", inattendues auxquelles sont accoutumés les services sociaux de la Justice.

Les injections de rappel qu'exigent les cures à l'apomorphine offrent une complication supplémentaire. Aussi ne les réservons-nous qu'aux sujets qui ne supporteraient pas le disulfirame. Pour ce dernier produit, il nous faut informer la personne (éducateur, employeur, surveillant-chef, famille) qui voudra bien en assurer la distribution quotidienne, et faire accepter le plus souvent possible au curiste cette distribution contraignante.

Les liens avec les curistes sont difficiles à maintenir car leur situation pénale ou post pénale les amène souvent à quitter la région. Néanmoins nous entretenons un assez gros courrier - même dans les cas d'échec - avec les intéressés ou leur entourage, et certains viennent nous revoir au Dispensaire ou à l'hôpital.

Un bilan de ces cures a été dressé en 1961 par l'équipe médicale de l'Annexe : "4 années de cures de répulsion alcoolique à l'annexe psychiatrique des prisons de Lyon".

Il y avait eu en effet, en 1957 : 10 cures; en 1958 : 8; en 1959 : 13; en 1960 : 14.

Des 45 curistes soignés jusqu'ici nous avons eu des nouvelles de 32. Nous avons autant apprécié les bons résultats professionnels et familiaux que les abstinences complètes.

Car nos sujets étaient en Prison beaucoup plus pour leur inadaptation sociale que pour leur alcoolisme. Et il était à prévoir qu'en voulant traiter ce dernier facteur nous risquions d'agir sur les autres éléments de désocialisation.

Certains sujets - peut-être trop heureux de leur cure - ont immédiatement fêté l'évènement à la sortie de Prison. Nous en connaissons 5; peut-être y en eut-il plus... Cette rechute immédiate et spectaculaire n'a pas toujours été fatale. Certains même se sont ressaisis assez vite et ont cessé de boire.

9 curistes se sont complètement arrêtés un certain temps :

3	pendant 1 an
4	" 6 mois
1	" 1 mois

5 ne boivent pas à l'heure actuelle :

1	depuis 2 ans
2	depuis 1 an et demi
1	" 1 an
1	" 6 mois
1	" 4 mois et demi

4 ont fait un effort très net pour, après leur rechute, tenter de se soigner une deuxième fois :

- l'un en allant à l'hôpital pour une cure de rappel, l'autre pour une deuxième cure;
- 2 sont revenus se faire traiter à l'Annexe de Lyon.

Certains curistes ont voulu se réadapter :

- par une ration plus raisonnable de boissons alcoolisées;
- par un travail plus régulier;
- par une stabilisation affective trouvée dans le remariage avec une veuve (2 cas)

Les derniers enfin, et ce sont nos plus mauvais résultats, ont fait du prosélytisme à rebours :

- évasion spectaculaire du Centre de semi liberté (3 cas)
- rentrée de vin au Centre, pour des camarades (1 cas)
- crise d'agitation avec brutalités sur l'employeur (1 cas)
- concubinage avec une prostituée (1 cas) ou récidive délictueuse.

En 1961, 15 cures ont été pratiquées à l'annexe psychiatrique.

En 1962, 14 cures.

Nous avons essayé, avec des moyens infiniment plus modestes, de dresser un rapide bilan de ces deux années. Les cures se déroulaient en fin de détention, il fallait donc dans la plupart des cas contacter les anciens détenus au dehors; exception faite de quelques récidivistes.

Pour cela nous avons adressé à chaque sujet traité dans le service une lettre lui demandant où il en était de sa cure. Evidemment c'était bien aléatoire, mais c'était mieux que rien. Pour plus de sûreté, d'ailleurs, nous avons adressé une lettre à peu près similaire aux assistantes sociales qui pouvaient avoir à s'occuper des anciens détenus. Madame Peillod, assistante sociale de l'annexe, s'occupa en grande partie de ce côté secrétariat, joignant chaque fois qu'elle le pouvait un mot personnel capable d'humaniser un peu la sécheresse d'un questionnaire ronéotypé. A chaque envoi était jointe une enveloppe timbrée à l'adresse du docteur Broussolle à l'annexe psychiatrique; l'administration pénitentiaire participa d'ailleurs très volontiers en nous aidant matériellement à la réalisation de cette petite enquête.

MINISTERE DE LA JUSTICE
Administration pénitentiaire
Maison d'Arrêt de LYON.

Annexe psychiatrique

Monsieur,

Vous avez eu dans notre service et sur votre demande une cure de répulsion alcoolique.

Nous serions heureux d'avoir de vos nouvelles et nous aimerions que vous nous disiez, en toute franchise, tout en restant bien entendu sous le couvert médical :

- 1° - Quels ont été les résultats de votre cure ? (succès, réussite partielle, échec)
- 2° - Quelles sont à votre avis les raisons qui vous ont conduit, soit à continuer soit à abandonner le traitement ?
- 3° - Que pensez-vous de la cure de répulsion en milieu carcéral ?

Avec nos remerciements, croyez, Monsieur, à nos sentiments dévoués.

Il faut dire tout de suite que nous avons été déçus, et que, statistiquement parlant, les résultats ne sont guère brillants.

En effet, pour 1961, sur 15 lettres envoyées nous n'avons reçu que 7 réponses émanant soit du sujet lui-même, soit de l'assistante sociale.

2 lettres sont revenues avec la mention "Parti sans laisser d'adresse".

1 lettre n'a sans doute pas atteint son destinataire transféré d'une prison à une autre. 5 lettres sont restées sans réponse, mais pour 3 de ces anciens curistes nous avons pu avoir de leurs nouvelles indirectement.

Ce qui fait 10 suites connues pour 15 cures.

Pour 1962, sur 14 lettres envoyées, nous avons reçu 8 réponses : 3 lettres sont revenues "parti sans laisser d'adresse", mais pour 2 sujets nous avons également eu des renseignements indirects. 3 sont restées sans réponse.

Ce qui fait encore 10 suites connues pour 14 cures.

- 1961 -

N° 1 - Obs. COU... - 51 ans.

Mère décédée en 1914 - 3 enfants. Père décédé en 1942, remarié avec une veuve ayant aussi 3 enfants.

Placé en orphelinat, évasion; placé ensuite dans des fermes. En 1928 : engagé dans l'Armée - désertion - bataillon disciplinaire après 1 an de prison. A 22 ans, maquignon, puis maçon. Concubinage - 7 enfants, 1 décédé.

Ethylisme chronique; brutal avec sa famille.

Condamné à 15 ans de T.F. pour viol, attentat à la pudeur. Sa femme ne communique plus avec lui. Libération conditionnelle en 1960. Va au Foyer St-Léonard - Ethylisme. Cure à l'annexe psychiatrique. Suite de la cure : réponse de l'assistante sociale. Echec. N'a pu continuer car travaillait sur un chantier de charbon !

N° 2 - Obs. GUI... - 28 ans.

Père 54 ans, retraité des Mines (éthylisme +). Mère 51 ans, en bonne santé. 3 soeurs, 3 frères, en B.S. - Elevé par

Elevé par ses parents. CEP à 14 ans; puis école des mines - C.A.P. - S.M. - Travaille à la mine jusqu'en 1957 - puis part de chez lui (mécontent des parents du fait de l'éthylisme paternel). Docker à Marseille. 3 condamnations en 1959 pour coups et blessures - vols. 1 condamnation pour vol en 1960. Incarcéré à nouveau en 1960 pour tentative de vol en état d'ivresse (8 mois). Cure.

Suite de cure : Réponse de l'assistante sociale. Echec. A subi une 2ème cure en 1962 au Vinatier, à la suite d'un vol en état d'ivresse. Sort de l'hôpital avec un emploi, logement assuré. Revient une fois en consultation, puis plus de nouvelles. A cette occasion une expertise avait été faite concluant à la nécessité d'un traitement en milieu psychiatrique (cure de désintoxication, traitement psychothérapique prolongé, ...) et aussi "la solution la plus sage est peut-être ^{de} l'envisager comme un alcoolique dangereux dans le cadre de la législation actuellement en vigueur".

Fin 1963, arrêté à la suite d'une agression contre 2 femmes, avec coups et blessures - en état d'ivresse.

N° 3 - Obs. LEJ... - 42 ans.

Père décédé à 47 ans (Kc estomac). Mère vivante, 72 ans.
2 soeurs, 2 frères, en BS.

Scolarité jusqu'à 11 ans. Cultivateur avec ses parents, puis après son mariage à 26 ans, travaille à la SNCF, puis cultivateur à son compte de 1948 à 1953. A ce moment, 3 hospitalisations successives entre 1953 et 1954 pour éthylisme, en hôpital psychiatrique -(1 cure à l'Espé-ral). - De 1954 à 1956, ouvrier agricole. Puis en 1956, abandon de famille (condamné à 8 jours de prison avec sursis).

En 1957 condamné pour coups mortels. Libération conditionnelle après cure.

Suite de cure : réponse de l'assistante sociale. Echec. En libération conditionnelle, n'ayant plus donné de ses nouvelles, un ordre d'arrestation a été porté contre lui.

N° 4 - Obs. GUE... - 52 ans.

Parents décédés. Vivait en concubinage.

Relégué depuis 1952 (vols, recel, coups et blessures).

Avait été admis en 1960 au régime de la semi-liberté, mais ivresse presque permanente. Cure.

Suite de cure : réponse de l'assistante sociale : Echec. Décédé après s'être évadé au 5ème mois de sa semi-liberté.

N° 5 - Obs. ALE... - 32 ans.

Père 59 ans, en BS - Mère 49 ans. 1 frère décédé.

Scolarité jusqu'à 14 ans. Elevé chez ses parents. Apprentissage, puis travaille comme menuisier. A 20 ans, s'est marié. 5 enfants.

En 1958, condamné à 200 Frs d'amende pour attentat à la pudeur sur ses propres enfants (ivresse plus ou moins névrotique, mésentente familiale). Cure.

Suite de cure : réponse de l'assistante sociale : Echec partiel. Reboit, mais travaille régulièrement comme menuisier.

N° 6 - Obs. SYL... - 50 ans.

Enfant de l'assistance publique. Scolarité jusqu'à 13 ans, puis tourneur sur bois, garçon de ferme, ouvrier agricole. Marié en 1942 -

6 enfants. S.T.O. en Allemagne. Maçon à son retour en France.

1959 : coups et blessures (8 mois avec sursis)

1961 : coups et blessures en état d'ivresse.

Cure.

Suite de cure : Réponse du sujet lui-même. Résultat partiel. Boit seulement aux repas un peu de vin avec de l'eau. Bonne entente familiale. Bon travail.

N° 7 - Obs. MOL... - 41 ans.

Père décédé. Mère 70 ans. 1 frère en BS -

Célibataire - Scolarité jusqu'à 13 ans, puis SNCF.

Condamné pour meurtre en état d'ivresse (tue son "amie" à coups de carabine). Libération conditionnelle. Cure.

Suite de cure : réponse du sujet à de l'assistante sociale. Bon résultat malgré les incitations et quelques petites rechutes très passagères. Très bien entouré dans son milieu de travail. Loge chez son employeur - atmosphère familiale.

N° 8 - Obs. AMS... - 33 ans.

Père fusillé pendant la guerre (éthylisme +). Mère remariée 3 fois.

Elevé par ses parents jusqu'à 8 ans, puis assistance publique.

Maison de correction à 19 ans pour vol.

1950 : coups et blessures, puis 1954, 1956, 1957, 1960 : vol (en général vol de mobylette).

En 1958, première cure de désintoxication.

2ème cure en 1961, à l'annexe.

Suites de cure : rechutes rapides. Condamné pour vol. 3ème cure à l'hôpital Edouard Herriot. Nouvelle rechute et à nouveau condamné en 1962 pour vol de mobylette.

N° 9 - Obs. DUB... - 27 ans.

Père décédé, éthylique, hospitalisé en hôpital psychiatrique.

Mère en BS - 2 frères, 2 soeurs.

Illettré. Mousse, puis matelot. Célibataire.

Condamnations pour vols; cambriolage, puis vols de mobylettes.

Cure. Mais arrêt de la cure, mal supportée (tachycardie et chute tensionnelle alarmantes). Hospitalisé au Vinatier et libéré peu de temps après.

Suite de cure. Echec. Est arrêté 15 jours plus tard pour vol et vagabondage

N°10 - Obs. CHR... - 46 ans.

Père cafetier, décédé d'une cirrhose à 69 ans. Mère décédée à 49 ans d'un Kc gastrique.

C.E.P. - Elevé par ses parents. Mécanicien-dentiste.

Multiple condamnations pour escroqueries et états d'ivresse. En 1958 on note: "buveur psychiatrique très désocialisé". Célibataire.

Accepte la cure; transféré de Chambéry; mais après 24 Heures refuse de continuer.

Suite de cure ! : Transféré à nouveau à Chambéry. Sanction de l'Administration pénitentiaire : 15 jours de cellule dont 7 avec sursis - 2.300 frs d'amende.

- 1962 -

N° 1 - Obs. LEP...

Marié, père de 3 enfants. Engagé dans la marine, où il contracte des habitudes éthyliques.

Travaille actuellement comme vendeur dans une grande firme de voitures. Condamné à plusieurs reprises pour conduite en état d'ivresse. Sa dernière condamnation était aggravée de l'inculpation d'outrages à agents, toujours d'ailleurs en état d'ivresse. Cure de répulsion à l'annexe.

Suites de cure : réponse du sujet lui-même. Succès. Adhère à une ligue d'anciens buveurs. Travaille régulièrement. Bonne entente familiale.

N° 2 - Obs. ARB... - 26 ans.

Né en 1937. Grand-mère maternelle internée depuis plusieurs années en hôpital psychiatrique. Dans l'enfance, père prisonnier de guerre, sa mère le plaçait successivement chez différents membres de la famille, ne gardant avec elle que son plus jeune fils.

S'engage à 20 ans dans l'armée - Indochine. Bons souvenirs. A son retour, 1ère condamnation pour coups et blessures en état d'ivresse sur la personne d'une femme qu'il a fréquentée (18 mois de prison). Puis garçon de salle dans un hôpital, travaille à la morgue. 2ème condamnation en 1962,

également en état d'ivresse pour vol.

Cure - que l'on est obligé d'interrompre au 6ème jour : état confusionnel, agitation, hallucinations auditives. Hospitalisé au Vinatier : amélioration rapide en une dizaine de jours.

Suite de cure : Réponse de sa mère. Succès semble-t-il à l'heure actuelle. Cependant ayant commis une infraction à l'Interdiction de séjour, a été pris sous la tutelle du Comité de probation et d'assistance post-pénale de Grenoble.

N°3 - Obs. MEZ... - 35 ans.

Père décédé alors que le sujet a 11 ans. Mère hémiplegique depuis 1957. 3 frères. 3 soeurs.

Elevé par ses parents. Scolarité jusqu'à 11 ans. Puis travaille comme charpentier (bois-fer).

1er délit à 15 ans : vole "pour manger". Coup de pied de cheval au larynx à 11 ans — multiples interventions chirurgicales permettant une récupération partielle de la parole.

Condamné à multiples reprises, presque toujours pour vols. Une fois pour incendie volontaire - relégué - Cure.

Suite de cure : Réponse du sujet lui-même. Echec. A rebu et a été à nouveau condamné pour vol de voiture. Actuellement en prison.

N° 4 - Obs. PON... - 27 ans.

Père en Invalidité (AT) 55 ans. Mère 48 ans B.S. 1 frère "mongolien".

Scolarité normale. Pas de métier. Engagé dans l'armée à 18 ans (marin) pour 4 ans. Commence à boire. Puis en 1956, 1ère condamnation pour vol. Mariage. 4 enfants. Chauffeur-livreux. Continue à boire.

2ème condamnation pour tentative de vol, en état d'ivresse. Cure.

Suite de cure : Réponse de l'assistante sociale. Echec. Reboit 2 mois après sa sortie. Change 6 fois d'employeur. Situation familiale très précaire. Actuellement 5ème enfant. Plus dettes.

N°5 - Obs. DIC... - 49 ans.

Père décédé en 1914-18. Mère décédée en 1923. 1 frère B.S. Pupille de la Nation.

Travaille comme magasinier.

Veuf. Epouse décédée en 1954 d'un cancer de l'utérus. 4 enfants mariés.

Ethylisme chronique, violent. Condamné en 1958 pour coups et blessures sur mineurs. Cure.

Suite de cure : Réponse de l'assistante sociale. Echec. Reboit, en fuite de libération conditionnelle : ordre de recherche.

N° 6 - Obs. MAS... - 35 ans.

Père : B.S. - Mère : B.S. 1 frère - 2 demi socurs (mère remariée après divorce en 1938). Elevé par sa grand mère.

Scolarité jusqu'à 15 ans. Ouvrier agricole, puis en usine. Célibataire.

4 condamnations pour vol (toujours vol de vélomoteur). 1ère condamnation à 19 ans. Cure.

Suite de cure : Réponse de l'assistante sociale. Echec. En semi liberté. A été déclassé pour ivresse.

N° 7 - Obs. CO... - 32 ans.

Père décédé d'un cancer quand il a 11 ans. Mère 75 ans. 2 frères et 2 socurs en B.S.

Célibataire. Ouvrier agricole, puis s'engage en Indochine.

Ethylisme solitaire. Hostilité de sa famille à son égard. Condamnation pour incendie volontaire. Libération conditionnelle. Cure.

Suite de cure : Réponse de l'assistante sociale. Après 6 semaines, se remet à boire mais continue à travailler très régulièrement chez un employeur agricole.

N° 8 - Obs. BIL... - 40 ans.

Père décédé en 1943 (tuberculose pulmonaire). Mère décédée d'une OIA, quand il avait 7 ans. 3 socurs, 1 frère décédé de méningite.

Elevé par son père.

Scolarité jusqu'à 12 ans. C.E.P. à 22 ans (cours du soir). Contremaitre chez Rhône Poulenc, puis plâtrier-peintre. STO en Allemagne.

Marié en 1941, sa femme meurt d'un mal de Pott ; pas d'enfants. Remarié en 1946. Divorcé en 1961 (2 enfants).

Ethylisme chronique. Violent. Interné en juillet 1961 à l'hôpital de Villejuif pour éthylisme. Condamnation en octobre de la même année pour

vol. 2ème condamnation en 1962 pour bris de clôture et vol, en état d'ivresse. Cure.

Suite de cure : Réponse du sujet lui-même. Ne boirait plus. Bon travail. S'est remis en ménage avec une "amie".

N° 9 - Obs. PRO... - 26 ans.

Père 60 ans, cultivateur. Mère 58 ans. 2 soeurs en B.S.

Quelque peu débile mental, travaille comme ouvrier agricole chez son oncle.

1ère condamnation en 1960 pour vol.

En 1961, hospitalisé pour "ivresse pathologique" à l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu : cure de répulsion alcoolique. A nouveau condamné en 1961 pour vol, état d'ivresse.

Suite de cure : Réponse de sa soeur. Transféré à Bourg, puis travaillait en libération conditionnelle comme employé dans une ferme. Pas de rechute éthylique pendant quelques mois, puis fugue. Sans nouvelles depuis.

N° 10 - Obs. GOU...

Père 81 ans, à l'hospice. Mère décédée à 36 ans d'un cancer du sein. Il avait alors 7 ans.

Depuis, fils unique, a toujours vécu comme cultivateur avec son père. Lorsque celui-ci a eu 77 ans, il a été obligé de le placer à l'hospice.

Célibataire, il a abandonné la ferme ; s'est placé comme ouvrier agricole.

1ère condamnation pour vol en 1961.

2ème condamnation pour tentative de vol en 1962, état d'ivresse fréquent. Cure.

Suite de cure : N'avait pas rebu jusqu'à la fin 1963, mais ne prenait plus ses comprimés d'espéral. Depuis plus de nouvelles.

Evidemment sur un simple plan numérique, ces résultats peuvent paraître médiocres ; mais il faut tenir compte pour être objectif de l'état psychique, social, des sujets traités. On ne peut en général imaginer de conditions pires. Il ne semble d'ailleurs pas que, proportionnellement, les cures pratiquées en milieu hospitalier aient un résultat beaucoup plus spectaculaire.

La cure en elle-même, a presque toujours un résultat immédiat satisfaisant. En effet, le facteur "contrainte" lié au milieu carcéral semble avoir été réduit au maximum ; et les curistes n'étaient médicalement parlant pas plus astreints à leur traitement que dans un service d'hôpital général ou psychiatrique.

Par ailleurs il faut rendre hommage à l'équipe médicale de l'annexe, infirmière et surveillants dont la compétence n'a jamais été prise en défaut. Ils ont su créer auprès des détenus "curistes" une ambiance "psychothérapique", faisant oublier ou du moins contrebalançant l'ambiance hostile de la prison.

En réalité, les difficultés commencent avec la sortie du détenu et la période de post-cure.

Parlant du mythe de la cure en 3 semaines d'hôpital, le Docteur Reyss-Brion soulignait en effet "La phase la plus importante est constituée par la post-cure", c'est-à-dire l'apprentissage de l'abstinence dans la vie quotidienne. Cela peut durer des années, avec la prise régulière d'une "béquille médicamenteuse" et une surveillance médicale sous forme de consultations, progressivement espacées dans les cas favorables. En effet chaque nouvel alcoolique doit ensuite être revu en consultation à une cadence que notre expérience personnelle fixe à une séance mensuelle pendant la première année, une séance tous les deux mois durant la deuxième et ainsi de suite ...

Sans doute les médecins praticiens participent-ils de plus en plus à ce travail, mais cela exige alors des liaisons et des rencontres personnelles qui à leur tour demandent beaucoup de temps. Il faut bien dire aussi que cette collaboration est encore timide et souvent ambivalente. Il faudrait donc des dispensaires, des médecins et des assistantes sociales ... donc des crédits.

Malheureusement le mythe de la cure en 3 semaines d'hôpital est bien commode pour ne pas voir les vrais problèmes et conduit encore à bien des échecs qui, trop nombreux, risquent de discréditer la notion même de

traitement de l'alcoolisme".

Si de telles difficultés se rencontrent dans le secteur public, on imagine donc aisément quels sont les obstacles rencontrés pour des sujets traités dans le cadre de la prison, et rendus ensuite à la liberté.

L'annexe psychiatrique n'est donc pas une zone isolée au sein de la prison ; elle est un des maillons du vaste réseau de soins psychiatriques de secteur. Si les psychiatres se sont intéressés plus que d'autres aux problèmes médico-sociaux de l'alcoolisme, écrivait Monsieur le Professeur Dechaume, c'est que leurs techniques leur permettaient de mieux comprendre le comportement de l'alcoolique, de voir comme grossies à la loupe ou de façon caricaturale, les motivations et la psychologie de l'alcoolique. C'est ainsi qu'a pu apparaître pour eux, cette notion que la médication n'était pas tout, que le traitement des alcooliques ne relevait pas du seul psychiatre et que ce qui importait c'était l'attitude psychothérapique de tous les médecins praticiens, arme la plus efficace dans la lutte contre la maladie alcoolique avant que les dégâts ne soient irréversibles".

"Sur un plan pratique importance de la post-cure des alcooliques. La création des consultations a été bénéfique, mais l'équipe médico-sociale d'une consultation ne peut "porter" et surveiller qu'un nombre limité de malades, sinon elle ne sera plus efficiente. Aussi faut-il au fur et à mesure augmenter le nombre de ces consultations de post-cure pour suivre pendant des années le nombre croissant des alcooliques chroniques".

ERGOTHERAPIE.

Nous ne dirons que quelques mots sur l'ergothérapie. Elle commence à s'organiser dans une salle du 1er étage de l'annexe. Un petit groupe de malades de l'annexe s'occupe à divers travaux, en général (bouchons en plastique, pinces à linge, fleurs artificielles, fabrication d'emballages en carton ...)

L'ergothérapie qui se définit comme un traitement par un travail impliquant un effort physique, fut d'abord utilisée en milieu psychiatrique comme une tentative de désaliénation du malade mental par la réalisation d'une activité matérielle, directement utile à la société.

On voit donc quelle importance, une ergothérapie bien comprise, peut prendre en milieu carcéral et à plus forte raison dans une annexe psychiatrique. Le détenu qui tend à rejeter cette société qui l'a banni, garde malgré tout un contact avec elle et contribue encore modestement à son fonctionnement.

STATISTIQUES

ANNEES	DETENUS ENTRES PEN- DANT L'ANNEE	DEPLA- CE SYSTE- MATIQUE	PLACEMENTS A L'ANNEXE	EXPERTISES PSYCHIATRI- QUES	INTERIEMENTS HOP. PSYCHIA- TRIQUES.
1954	1417	714	119	139	9
1955	1147	431	80		7
1956	1720	487	82	193	11
1957	2260	543	102	192	11
1958	1596 (St Joseph seulement)	499	182	353	22
1959	1035 " "	514	196	442	4

Evidemment, pour que ce travail demeure thérapeutique, il faut qu'il soit dirigé et contrôlé par un thérapeute (moniteur, infirmier, médecin) ; sinon ce ne sera plus que l'exploitation d'une main d'oeuvre à bas prix.

Cela demande des locaux appropriés et surtout une formation professionnelle des surveillants-infirmiers avec leçons et stages d'ergothérapie.

ANNEE 1960 - ANNEXE PSYCHIATRIQUE

DELITS	ENTREES		Dépistages systéma- tiques	Placements à l'Annexe psychiatr.	Expertises médicales	Internem ^{ts} hôpital psychiatr.
	St- Joseph	St- Paul				
Attentats aux mœurs, viols, outrages publics à la pudeur	59	118	79	22	62	1
Vols, recels, escroque- ries, abus de confian- ce, grivèleries	432	880	313	69	172	7
Vagabondage	66	20	9	3	2	
Proxénétisme	21	50	24	1	8	
Ivresse	29	70	6	4		
Mauvais traitements à enfants	8	20	2		2	
Meurtres, assassinats, homicides volontaires	63	70	25	8	17	1
Homicides involontaires	3	6	1			
Coups et blessures	51	87	42	10	30	
Abandon de famille	23	18	2			
Infractions à I.S., à expulsion	29	36	1	2		
Port d'armes	23	170	4		2	

Infraction Code de la route	36		2			
Dettes	81	15	2	1		
Délits divers de pêche Empoisonnement animaux	4	10	1	1	1	
A.I.P.N.	6	350	32	13	41	
Tenue maison de débauche		1	1			
Incendie volontaire	3	6	9	2	4	
Rébellion, outrage à agents	3		3			
Détournement mineurs		1	1			
Vitriolage d'une amie	1		1			
TOTAL	945	1928	560	136	341	9

ANNEE 1961 - ANNEXE PSYCHIATRIQUE

DELITS	ENTREES		Dépistages systématis- ques.	Placem ^{ts} à l'Annexe	Expertises mentales	Internem ^t Hôpital psychiatr.
	St- Paul	St- Joseph				
Attentats à la pudeur, outrages publics à la pudeur, viols	136	52	70	24	93	1
Vols, recel, escroque- rie, abus de confiance, grivèlerie	833	375	189	64	203	5
Vagabondage	27	52	3	5	8	1
Proxénétisme	72	14	9	4	7	
Ivresse	29	64	5	6		1
Mauvais traitements à enfants	3	1	4		1	
Meurtres, assassinats, homicides volontaires	45	24	25	6	32	
Homicide involontaire	1	1				
Coups et blessures	108	51	30	8	22	
Abandon de famille	14	17	3	2	3	
Infraction à I.S. , à expulsion, évasion	51	29	1	1	1	1
Port d'armes, détention	35	25	7		6	

Infraction Code de la Route	20	35	3		1	
Dettes, banqueroutes	38	21	1	1		
Faux, usage de faux, chèques sans provision	27	20	7		6	
A.I.T.N., A.S.E.E.	251	4	30	13	71	2
Tenue maison de débauche Associat. de malfaiteurs		2	2		1	
Incendie volontaire	4	3	4		3	
Rébellion, outrage à agents	24	23	4	4	2	2
Dénonciations calomnieuses, chantage, menace de mort		4	5	1	4	
Infraction à L.S.	16					
Interdictions diverses, mauvais traitements à animaux, détérioration véhicules		4	2		2	
Divers - Relégués	30	13	28	13	18	2
TOTAL	1774	834	432	152	484	15

ANNEE 1962 - ANNEKE PSYCHIATRIQUE

DELITS	ENTREES		Dépistages systématisés	Placements à l'Annexe	Expertise mentale	Internement Hôpital psychiatr.
	St- Paul	St- Joseph				
Attentats aux mœurs, viols, outrages publics à la pudeur	154	39	68	19	89	2
Vols, recel, escroque- ries, abus de confiance, grivèlerie	903	455	172	74	184	6
Vagabondage	24	72	8	6	2	1
Proxénétisme	59	5	7	5	5	
Ivresse	25	71	2	5		
Mauvais traitements à enfants	4	5	3	2		1
Meurtres, assassinats, homicides volontaires.	34	9	19	5	21	
Homicides involontaires	3	2	1		1	
Coups et blessures	135	53	23	10	25	3
Abandon de famille	21	20	7		1	
Infraction à I.S., expulsion, évasion	34	45	5	1		1
Port, détention d'armes prohibées	36	42	10	1	1	

Infraction Code de la Route	24	40	4	1		
Dettes, banqueroutes	43	20	4	1		
Faux, usage de faux, chèques sans provision	36	19	4	1	7	
A.I.T.N. - A.S.E.E.	153	2	13	3	20	1
Association de malfaiteurs, Tenue maison de débauche	4		4		1	
Incendie volontaire	11	2	1	2	3	1
Rébellion, outrages à agents, insoumission, désertion, corruption de fonctionnaire, ...	24	42	7	3	1	2
Dénonciations calomnieuses, menaces de mort	1	4	3		3	
Infraction à L.S.	19					
Détournement mineurs, séquestration	5	2				
Infractions diverses passagers, relégués, ... tapage nocturne, mendicité, port illégal d'uniforme	64	17	15	29	11	2
TOTAL	1816	966	381	168	375	20

CHAPITRE : V. LES DETENUS VUS A L'ANNEE.

1°) Après cette étude de statistiques, il importe d'essayer de donner une définition du délinquant considéré comme mentalement anormal.

- On ne peut considérer comme anormal, tout sujet ayant commis un délit et incarcéré. En effet, ce serait considérer chaque détenu comme irresponsable ; et dans la plupart des cas ce serait une injure faite à des individus pour la plupart normaux. Mais il faudrait là encore définir l'individu normal !

- On ne peut pas non plus considérer que tous les sujets incarcérés sont des sujets normaux, mais animés par un sentiment de nuisance. Hormis certaines exceptions pour ceux présentant une démence vraiment trop criante. Ce serait trop simpliste et trop injuste.

Alors, il reste au criminologue à juger par lui-même suivant ses propres critères ; s'appuyant tantôt sur des données juridiques, tantôt sur des considérations plus médicales et donc thérapeutiques

- "On entend par délinquants anormaux tous les délinquants, qui en raison de leur état mental ne peuvent être soumis aux méthodes pénales ordinaires". (Comité consultatif européen - Strasbourg).

- "On retient comme pathologique toute situation à signification de souffrance humaine qui requiert à ce titre une aide particulière".

Il faudra que le clinicien, aidé dans son travail par toute l'équipe médicale, découvre et soigne un malade. Comme le notait Monsieur le Professeur Guyotat : "Cela peut paraître une infériorité à l'époque des courbes et des graphiques, en réalité on ne doit pas oublier que chaque fois qu'il s'agit d'apprécier un comportement humain, l'appareil d'enregistrement le plus sensible reste le propre psychisme du clinicien, pour peu qu'il ait conscience de

sa propre subjectivité. "

2°) La définition du délinquant anormal s'avérant aussi difficile à saisir, on pourrait penser qu'il est plus aisé de définir ce que l'on a appelé la psychose carcérale.

En ce qui concerne la symptomatologie de cette psychose considérée actuellement, comme uniquement réactionnelle par rapport au milieu pénitentiaire, plusieurs formes fréquentes ont été décrites chez les détenus : le syndrome de Ganser, le délire de persécution hallucinatoire aigu ou le délire de grâce de Rüdin, la stupeur de Raicke, l'imagination délirante chez les dégénérés de Birnbaum

Ayant fait une étude sur des détenus japonais, soit prévenus, soit condamnés à mort ou aux travaux forcés, le Docteur Kogi, psychiatre dans les prisons d'Osaka, Sapporo et Miyagi, distinguait essentiellement parmi les cas de psychose réactionnelle pénitentiaire.

1. Les réactions primitives.

Etat d'agitation psycho-motrice, auquel succède souvent un état de stupeur. D'après Kretschmer, les réactions primitives apparaîtraient chez n'importe qui, si toutefois la stimulation causale était suffisamment forte. En fait, il semble bien que les sujets présentant de telles réactions, associent des facteurs constitutionnels : psychopathes, explosifs, apathiques ou épileptoïdes.

2. Les états hystériques.

Après une phase d'excitation, avec parfois hallucinations diverses, apparaît un syndrome de Ganser avec le "Vorbewenden" (répondre à côté) : le Vorbeihandeln (agir à côté) ; le Nichtwissenwollen (vouloir ne pas savoir).

3. Les délires chroniques.

Délires de persécution. Délire de grandeur. Délire d'innocence, de grâce.

4. Les troubles de l'humeur.

Etat dépressif réactionnel. Etat euphorique réactionnel avec labilité extrême, passant d'un état à l'autre.

5. Les états neurasthéniques.

Troubles psychiques divers : insomnie, irritabilité, aboulie, fatigabilité psychique, labilité d'attention.

Troubles d'ordre physique : céphalalgie "en casque" et occipitale, rachialgie lombaire ou cervicale, vertiges, sensations de titubation, tremblements, anorexie, spasmes gastriques, constipation.

Si à la suite de ce rappel des divers troubles psychiatriques propres à la détention ; on étudie la relation pouvant exister entre la psychose carcérale et la simulation, on trouvera plusieurs théories.

- Pour Siefert, en 1907, le premier acte de simulation produisait secondairement, sur une constitution dégénérative, un phénomène de psychose réactionnelle carcérale, état automatique indépendant de la volonté du sujet. Siefert parle de "psychose dégénérative carcérale" (dégénérative Haft psychose). Birnbaum parle également de "psychose simulatrice psychogène".

- Au contraire, Wilmanns, en 1927, met l'accent sur la simulation, et parle de "psychose défensive" ou "psychose volontaire". Pour lui, la psychose pénitentiaire est une simulation consciente des détenus, augmentant de façon parallèle à la diffusion des notions psychiatriques, et à l'établissement de nouveaux ensembles psychiatriques tels que les annexes en milieu pénitentiaire.

- Une troisième opinion formulée par Braun faisait la synthèse des deux ; demandant qu'au lieu de faire une distinction entre hystérie et simulation on indique les proportions relatives de la maladie organique, de la psychose psychogène, et de la simulation.

Reichardt, reprenant les idées de Braun, indiquait que hystérie et simulation devaient être unifiées sous un concept unique "réaction de but" (Zweckreaktion).

Enfin Kretschmer en 1948, discutant la relation dynamique entre la volonté consciente et le mécanisme instructif biologique ; distinguait d'un côté, un état mis en scène par la volonté, c'est-à-dire une simulation, et d'un autre côté, un état provoqué par le mécanisme primitif instinctif, c'est-à-dire une réaction primitive. L'hystérie est un état mixte dans lequel ces deux tendances se mêlent dans une proportion quantitativement différente.

die le comportement de l'individu placé en milieu carcéral, on pourra également envisager plusieurs classifications, assez proches d'ailleurs les unes des autres.

- Un autre allemand, Ohm, étudiant l'attitude de condamnés à la détention perpétuelle, à l'égard de leur peine et de leur propre personne, distinguait les attitudes :

1. positive-actives, où le sujet reconnaît sa faute, et accepte sa peine comme un rachat.
2. sthéniques-négatives : contestation, négation de la faute, fuite hors du moi.
3. passives-négatives, plus ou moins oppositionnelles ou minimisatrices.
4. sans ligne directrice, avec changements d'attitudes, et apparition éventuelle d'aspects neufs de la personnalité.

- Les Docteurs Dublineau et Hivert pour leur part considèrent chez les condamnés :

1. Attitudes du sujet à l'égard de leur délit :

- reconnaissance (avouée, admise ou cynique).
- protestations d'innocence.
- minimisation.

2. Attitudes du sujet à l'égard de la peine infligée.

- acceptation.
- critique.
- refus.

3. Attitudes du sujet à l'égard de soi-même :

Le sujet exprime ses attitudes :

- d'acceptation, on observe la gamme des conduites d'indifférence ou d'épuisement.
- de réserves : formes d'asocialité ou de morosité boudeuse.
- de refus : agressivité (anti-socialité, troubles du caractère) ; dépression (auto-mutilation, grève de la faim ...)

- Enfin pour sa part le Docteur Kogi classait les "réactions défensives" des détenus par rapport au milieu carcéral en 4 types :

1. le type sensitif.

Sujets passifs, très sensibles à leur entourage, s'extériorisant peu. S'ils

s'adaptent à la prison, ce sont des détenus dociles. Cependant ils sont souvent gémissements et revêches, ayant des impressions souvent exagérées ; tombant facilement dans des états de tristesse. Etant donné que l'extériorisation de leurs sentiments est inhibée et semble obscure, il survient fréquemment des conflits avec leurs surveillants.

2. Le type expansif.

Sujets actifs, aux réactions généralement assez bruyantes ; se mettant en colère facilement. Du fait de l'extériorisation directe et subite de leurs sentiments, querelles fréquentes avec les surveillants ou les autres détenus.

3. Le type stupide.

Sujets neutres, peu sensibles à l'entourage, extériorisant peu leurs sentiments. Anesthésie affective. Adaptation complète à la vie carcérale. Docilité avec les surveillants. Cependant ils sont facilement perturbés, voire même anxieux si un "fait nouveau" intervient : punition, transfert.

4. Le type mixte.

présentant des caractères mélangés, propres aux trois précédents.

4°) Tous ces troubles mentaux, toutes ces attitudes nous les retrouvons chez la plupart des sujets placés à l'annexe.

Dans les quelques observations qui suivent il n'est pas question de passer tous ces symptômes en revue, mais seulement de présenter quelques faits cliniques, et de voir quel rôle a joué l'annexe psychiatrique vis-à-vis de ces détenus.

Observation n° 1. (A...)

Né en 1933, dans un village de l'Aurès (Algérie), il est le 5ème de 8 ou 9 enfants.

Son père était cultivateur, il est actuellement interné à l'hôpital psychiatrique de Joinville près d'Alger. Mère vivante âgée actuellement d'une soixantaine d'années.

Il n'a jamais suivi régulièrement l'école et est illétré.

Pas de maladie d'enfance notable ; cependant vers l'âge de 15 ans aurait présenté à diverses reprises des "crises" avec pertes de connaissance, émission d'urines.

En 1951, ainsi que ses autres frères dont il a pour la plupart perdu la trace, il vient en France pour travailler.

Travaille régulièrement, bien que changeant d'usines à chaque retour de voyage d'Algérie.

Appendicéctomie en 1953, alors qu'il se trouvait en Alsace.

En 1954, alors qu'il est à Lyon depuis quelques mois avec un de ses frères ; travaillant comme soudeur dans une entreprise métallurgique de la banlieue : premier internement à l'hôpital du Vinatier dans des conditions quelque peu rocambolesques.

Au cours de son travail, se plaint brusquement de vives douleurs abdominales, d'une intensité telle que le médecin du travail juge préférable de l'adresser en observation à Grange Blanche.

L'examen somatique pratiqué se révèle négatif ; mais son comportement fait de "manifestations d'excitation violente rappelant les crises de fureur avec appoint pithiatique" amène son transfert à l'hôpital du Vinatier où il restera une semaine.

En effet, à peine est-il interné qu'il proteste vivement contre ce qu'il appelle un internement arbitraire ; son frère vient dans le service et injurie les médecins, le chef du personnel de l'usine qui emploie A.. adresse une lettre réclamant la libération de son employé, et mandate pour cela une assistante sociale. Dans le service, bon comportement du sujet, pas d'agitation, pas de désorientation.

Le malade quitte le service au 7ème jour.

On conclut : "crise d'agitation d'allure hystérique au cours d'un syndrome douloureux abdominal d'origine indéterminée. Régression rapide. Per-

sonnalité sub-normale".

Orientation sur une consultation de médecine générale au cours de la convalescence, en vue d'un E.E.G. notamment.

Plus de nouvelles d'A. jusqu'au début de l'année 1962 où il est à nouveau hospitalisé au Vinatier venant du quartier psychiatrique de l'hôpital de la Timone à Marseille.

On apprend ainsi qu'en 1956 il a eu un accident de voiture ; traumatisme crânien, hospitalisé à l'hôpital Cossu à Nice.

En Octobre 1961, à la fin d'une condamnation à 8 mois de prison pour complicité de vol, à Marseille, il est interné à l'hôpital de la Timone. On note "Entré à la suite de menaces de suicide. Fond de déséquilibre psychique. Prétend avoir simulé des hallucinations pour éviter d'être mis en camp d'observation pour Nord-Africains à sa sortie de prison. Un séjour au Vinatier en 1954, qu'il prétend également avoir été en rapport avec une simulation de troubles mentaux en vue d'être réformé".

Transféré à l'hôpital du Vinatier, le 15 Janvier 1962, il raconte une histoire embrouillée dont il ressort qu'il est persécuté par le FLN et par la police française ; il aurait été arrêté, torturé ; aurait fait la grève de la faim, etc ...

Il sort de l'hôpital le 10 Avril 1962, présentant un état et un comportement sub-normaux, avec un traitement comprenant largactil 100, équanil, théralène.

Interné ensuite au camp de St Maurice l'Ardoise pour des raisons d'ordre politique, il est sans doute libéré peu après les "accords d'Evian" ; car il est arrêté en juillet 1962 sous l'inculpation d'homicide volontaire et de tentative de vol.

A. s'est en effet intégré à une bande de "gangsters" dont fait partie d'ailleurs un de ses frères.

En juin 1962 à Genève, ils "montent" une attaque à main armée contre une agence de changes. L'affaire échoue. En effet, ainsi que le raconte plus tard un des "gangsters" ... car alors que sur le palier nous allions enfilier les bas de soie, sur nos visages, A. avait déjà le sien ; la porte s'est ouverte ; deux jeunes femmes quittaient les bureaux. Sortant nos armes, nous les avons fait rentrer et en voyant la tête de M. .. l'une d'elle a hurlé de terreur, "le Dingue" a "flingué" et nous nous sommes enfuis ..." ("le dingue" c'était le surnom de A. dans la bande !!!) La secrétaire de l'agent de change avait été tuée "d'une balle de colt en plein coeur" (le Progrès juillet 62)

A. est arrêté en juillet 1962 ainsi que la plupart de ses complices, à la suite d'un "règlement de comptes" dans le "milieu".

Arrêté au Palm Beach à Cannes, il est incarcéré à la Maison d'Arrêt d'Aix en Provence, et n'est transféré à la prison St Paul que le 1er janvier 1963.

Il arrive avec des condamnations pour des délits mineurs (port d'arme prohibée : 18 mois de prison + 5 ans d'interdiction de séjour ; outrage au Tribunal : 3 mois de prison ; émission de chèques sans provision : 1 mois de prison) en attendant que soit jugée l'affaire du meurtre ; après qu'une demande d'extradition faite par le gouvernement suisse ait été repoussée.

Placé en observation à l'annexe psychiatrique, il est vu 24 H. plus tard pour une "tentative de suicide" : s'est tailladé le pli du coude ; blessures superficielles sans gravité.

On apprend alors que, officiellement, il travaillait à Lyon comme marchand de tissus, vivant maritalement avec une Algérienne, propriétaire d'un café et dont il a un fils âgé de 6 ans.

On trouve noté dans le dossier : "Dit ne pas se souvenir de ce qui s'est passé à Genève. Se plaint d'images de serpents, d'étrangleurs devant les yeux. Hallucinations ? Attitude bizarre, catatonique ? Tics ou clonies des paupières ? Dit avoir peur. Attention à la sursimulation. Conserve une parfaite mémoire des dates.

D'après la fiche de comportement, rapportant des bruits "divers" aurait dit : "j'espère bien sortir une nouvelle fois avec un non-lieu, car je suis "dingue" !"

On note un peu plus tard "Depuis son entrée, comportement complexe. Les clonies palpébrales surviennent immédiatement en présence du médecin. Il n'est pas confus. Contact limité, on le sent sur la défensive. Propos qui tendraient à faire croire à des hallucinations. Mais le tableau évoque plutôt un comportement hystérique. On sait qu'il a une affaire judiciaire embêtante. Les cicatrices de l'avant bras n'évoquent pas une histoire mélancolique.

A. va continuer ainsi pendant plusieurs mois à présenter une attitude très névrotique, alternant tentatives de suicide en se tailladant les avant-bras ; grèves de la faim ; prostration ; prétend avoir avalé une cuillère, puis des morceaux de verre ... Cela va poser de multiples difficultés aux médecins de l'annexe, qui ont pris la responsabilité de soigner un tel malade ; aux surveillants-infirmiers, à l'infirmière, qui ont à supporter cha-

que jour l'agressivité de A.

L'Administration pénitentiaire s'émeut à plusieurs reprises ; à la demande du juge d'instruction lui-même, sollicité par l'avocat de A.

Le Docteur B. médecin de l'annexe, doit alors avec prudence rendre compte des soins que ce malade reçoit à l'annexe.

"L'équipe médicale de l'annexe le suit de son mieux. A. prend régulièrement des médicaments antidépressifs et hypnotiques, les mêmes qu'il avait dans un service psychiatrique hospitalier.

Nous avons jusqu'à présent, après nûres réflexions, repoussé l'éventualité d'une hospitalisation, voire d'un internement. En effet nous pensons que les conditions conjuguées de soins et de sécurité seraient moins bonnes. Il se peut, bien entendu, si de nouveaux éléments apparaissaient, que nous changions d'avis. Un E.E.G. pratiqué montre une "indiscutable hyperexcitabilité neuronique, laquelle s'observe aussi bien dans les syndrônes hystériques, que dans les épilepsies".

Finalment au 6ème mois de son séjour à l'annexe, nette amélioration du comportement ; les fiches de comportement de surveillants notent : "Accepte les renèdes, calme, poli, va à la promenade et au réfectoire, bonne entente avec ses camarades ..."

Le 13 Juin 1963, il demande lui-même à regagner le régime général de la détention. On accède à sa demande, et 24 H. après, A. quitte l'annexe pour un autre bâtiment de la maison d'arrêt. Il continuera à suivre un traitement et sera suivi régulièrement en psychothérapie.

Depuis lors son comportement, à part quelques altercations avec des surveillants, peut être considéré comme relativement normal et n'a pas nécessité une nouvelle hospitalisation à l'annexe.

A propos de ce cas, le rôle de l'annexe psychiatrique a été véritablement capital. Amenant ce sujet, déséquilibré mental, à accepter sa responsabilité et le rendant capable de la supporter.

Ainsi a pu être rompu, temporairement du moins, un cercle vicieux dont les deux poles étaient l'hôpital psychiatrique et la prison.

Il faut également souligner la lourde responsabilité qu'a prise le médecin en acceptant de soigner un tel malade à l'annexe.

Observation n° 2. (D...)

Né en 1932 à El Neha (département de Constantine).

Père, cultivateur chez des colons, décédé en 1952 à 60 ans. Mère, 50 ans vivante en bonne santé. Un frère de 20 ans fait son service militaire en France, deux soeurs, plus jeunes, mariées en Algérie.

Famille vivant pauvrement, pas d'antécédent psychiatrique connu.

Illettré, il a travaillé étant jeune comme cultivateur avec son père. Pas de maladie somatique connue.

Appelé au service militaire, il y passa 15 jours et fut réformé "pour la tête" sans autre précision.

Venu en France en 1954, à l'âge de 22 ans ; il travailla d'abord à Marseille, puis à Briançon où il fut opéré d'appendicite, et enfin à Lyon : travail très régulier : maçon, terrassier. Retourne en Algérie, d'où il revient en 1957 pour travailler dans une biscuiterie à Grenoble.

En 1960, condamné pour vols à 8 mois de prison. Il est incarcéré à Lyon, puis à Bourgoin. Au cours de son séjour en prison, il présente des troubles mentaux aigus et doit être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique de St Egrève, le 9 Septembre 1960.

Le premier jour d'admission, il ne dormait pas, était dans un état d'agitation discordante avec réactions plus ou moins violentes ; d'autre part, mutisme complet, refus d'aliments. Au bout de 2 à 3 jours, beaucoup moins agité, monologues à voix basse, avec mimiques hallucinatoires. Finalement, reprend le contact avec le monde extérieur. Extériorise tout un syndrome hallucinatoire : il entend des coreligionnaires lui parler de Grenoble et de Tlemcen ; il avait l'impression que ça parlait tout seul dans sa tête, avec sentiments de modification intérieure et extérieure. Peu à peu, prend conscience de son état : il ne pouvait pas travailler parce qu'il était malade ; à Bourgoin il parlait seul et crachait sur les autres.

Finalement s'est calmé, et ses troubles hallucinatoires ont peu à peu disparu. Après avoir eu un traitement avec largactil, halopéridol, témentil, sort le 7 Août 1961.

Revenu à Lyon, il est à nouveau arrêté, condamné pour vol et incarcéré du 28/8/1961 au 30/10/1961.

Il purge sa peine, et sa maladie passe inaperçue tant du fait d'une

rémission passagère, que du fait du grand nombre de détenus algériens incarcérés à cette époque.

Libéré, il travaille alors plus ou moins épisodiquement dans des chantiers de terrassement, vivant d'une façon misérable, logeant aux "Sans-Abri". Il est arrêté le 27.12.1961 pour vols de vêtements dans une voiture.

Il est incarcéré à la maison d'arrêt de Lyon.

Placé en régime de détention générale, son attitude "bizarre" attire l'attention des surveillants. En effet, D.. parle seul à voix chuchotée comme avec un interlocuteur imaginaire ; n'est pas gêné par la présence de ses voisins ; présente également dans sa soliloquie des miniques intentionnelles. Sait dire son nom, mais ne répond à aucune autre question ; semble parfaitement détaché par rapport à tout ce qui l'entoure.

Un surveillant informe de ce comportement son collègue de l'annexe, lequel en parle à l'assistante sociale, puis à un médecin de l'annexe.

D.. est convoqué, et après un bref entretien, début janvier 1962, on décide de le prendre en observation à l'annexe. A l'examen on note : aspect misérable, vêtements sales. Aucun échange avec autrui, pas d'agressivité. Poursuit son interminable dialogue mi-arabe, mi-français. Autisme. Discordance. Pas d'anxiété apparente. Traitement avec largactil. A la fin du mois on note déjà une certaine amélioration. Va mieux, s'alimente bien, parle moins, mais toujours aussi autiste. Conscience de l'anomalie de la soliloquie, mais cela le fait rire. En mars 1962, on signale : "se présente d'une façon un peu particulière, voire bizarre. D'une part, il est fatigué, misérable, d'autre part son contact, s'il est facile, est par instants entrecoupé de périodes de silences, il devient pensif, presque absent ; son visage très labile, passe de la tristesse au rire immotivé. Se plaint parfois de céphalées, se dit malade, "fou" et désire revenir à l'hôpital "comme l'an dernier". On obtient quelques réponses vagues, puis il marmotte entre ses dents.

Examen physique négatif, ainsi que l'examen neurologique. Pas de troubles de la sensibilité, de la motricité, de la statique.

D.. évoque facilement le souvenir des faits. Il n'était ni ivre, ni confus au moment des actes qui lui sont reprochés.

Mais il semble assez perturbé, sur le plan psycho-affectif. Son comportement est assez difficile à intégrer dans un cadre pathologique précis tout autant en raison de difficultés linguistiques qu'à cause de ces éléments discordants ; mais l'on peut penser à un état schizophrénique en évolution.

Le rapport d'expertise mentale demandé, conclura à l'état de démence au sens de l'article 64 du Code Pénal ; et à la nécessité d'un interne-

ment en milieu psychiatrique.

Fin mars 1962, attendant son transfert à l'hôpital psychiatrique, l'état de D., s'était déjà nettement amélioré. Se plaint d'être trop gros et d'avoir toujours envie de dormir. Dit : "je parlais tout seul, j'étais malade". Critique, d'ailleurs, le comportement aliéné de son voisin de cellule. Conversation plus sensée dans l'ensemble.

Hospitalisé au Vinatier le 9 Avril 1962, on confirme le diagnostic de schizophrénie et on entreprend une cure de Sakel : une cinquantaine de comas, qui donne un assez bon résultat.

Actuellement le malade est toujours quelque peu halluciné ; mais il a un bon contact, travaille régulièrement, s'intéresse à tous les nouveaux malades nord-africains ; servant parfois d'interprète.

Fin 1963 il a présenté une période anxieuse avec recrudescence des hallucinations. On a fait une pyr^othérapie (Thi Lip) qui l'a nettement amélioré.

D. a demandé récemment à retourner en Algérie, où il a encore sa mère et ses sœurs. On l'inscrit pour être rapatrié.

Dans ce cas, l'annexe a essentiellement joué un rôle de dépistage, d'observation et d'orientation vers un milieu psychiatrique plus spécialisé.

Il est à remarquer que pour ce cas précis, c'est de façon indirecte, "non formelle" que le malade a été adressé au psychiatre.

Observation n° 3. (G...)
A propos d'une expertise des Docteur P.B... et A.B...

G., sous un prétexte banal, avait attiré dans son garage une fillette âgée de 8 ans et se livra sur elle à quelques attouchements impudiques superficiels. La mère, alertée, vint aussitôt de concert avec le coupable s'occuper de l'affaire au Commissariat. Le fauteur reconnaissait les faits et avouait avoir par ailleurs agi avec deux autres fillettes du quartier ; les mères de celles-ci, plus pacifiques, avaient simplement passé l'affaire sous silence.

L'homme que nous examinâmes en prison est un peu prostré, anxieux, atone, timide. Il ne nie pas les faits mais affirme ne pas savoir les expliquer.

Ses antécédents familiaux et collatéraux ne nous apprennent rien. Il ne paraît pas avoir souffert de frustrations dans son enfance, et son éducation aurait été normale.

Dès après le Certificat d'Etudes, à 14 ans, il s'emploie comme monteur en chaussures dans une fabrique lyonnaise. Appelé au service militaire, il est ajourné trois fois pour constitution un peu faible. A 18 ans il est sexuellement initié par une professionnelle ; il s'est révélé normal à cette occasion. A 21 ans, il se marie par relation.

La bonne entente n'aurait jamais cessé de régner dans le ménage n'était une certaine frigidité de l'épouse depuis une résection de nerf présacrée en 1948 ; d'où chez lui un manque, une carence d'activité sexuelle normale (bien que sa femme ne se refuse pas) qui semble être à l'origine de préoccupations obsédantes.

Deux enfants, 12 et 6 ans, bien portants, animent la maison.

G. était très régulier à son travail. Il ne s'attardait pas aux cafés. Sa femme s'occupait parfaitement de son foyer.

Mais la frustration sexuelle dont il souffrait entraîna chez lui une inflation de phantasmes sexuels. Sentimental, répugnant aux aventures banales, mais fixé, sans bien savoir pourquoi, sur les fillettes qu'il avait l'occasion de rencontrer chez lui. Il n'est pas long à avouer la tenacité de souvenirs d'adolescence, et en particulier les émois platoniques qu'il éprouva vers 12 ou 13 ans à l'égard d'une jeune espagnole, camarade de jeux au moment du certificat d'études. Son souvenir l'a longtemps suivi, et très inconsciemment les images infantiles sont venues chevaucher ses désirs sexuels refoulés. Bien entendu sa timidité lui interdit d'aborder les femmes.

Au terme de notre rapport, nous reconnaissons une ébauche de névrose d'angoisse à la limite du pathologique, ni phobique, ni impulsivante. Et nous estimions, en conclusion, que cet état n'atténuait que "dans une très légère mesure sa responsabilité pénale".

Quelque temps après, à la veille du jugement, l'avocat de l'inculpé nous téléphonait pour nous avertir de l'extrême anxiété dans laquelle se trouvait son épouse et pour demander si nous pouvions recevoir celle-ci.

Effectivement Mme G. se présentait à nous dans un état d'anxiété et de désarroi prononcés. Elle avait été consternée d'apprendre le comportement "monstrueux" de son mari. Sa famille - qui avait été très favorable au mariage -

La pousse maintenant au divorce. Ruine et déshonneur ... Les soucis matériels sont très réels : frais de justice, arrêt de travail du mari, obligation de changer d'appartement ...

La jeune femme nous donne des éléments anamnétiques qui attirent notre attention. Sa mère fut longtemps traitée pour un tabes non compliqué. Elle-même fut soignée à titre préventif sans jamais présenter de signes de spécificité. Son père étant tuberculeux, elle vécut isolée de sa famille, en asérum jusqu'à l'âge de 13 ans. Elle était pratiquement fille unique, un frère vint, il est vrai, mais 21 ans plus tard. Elle fut assez gâtée et on lui a reproché son caractère difficile. Opérée à 8 ans pour une appendicite suppurée, elle n'a cessé de souffrir, surtout au moment des règles, de douleurs gastriques ou pelviennes. Elle ne reçoit aucune initiation sexuelle ; ce domaine lui fait instinctivement honte. Elle est vaguement mise au courant par des cousines mariées et frigides.

Lorsqu'elle se marie, c'est vraiment par inclination. Mais les rapports sont d'emblée douloureux et lui répugnent. L'année suivante, pour remédier à cet état et faciliter une grossesse, elle subit une hystéropexie et la résection du nerf présacré. Neuf mois plus tard (la conception avait peut-être précédé l'opération), elle accouche sans difficulté d'un enfant bien portant du sexe masculin.

Au gré de la vie conjugale, elle est déçue par son mari. Le fait, et la réciproque, sont choses banales. Mais elle lui reproche d'être sans volonté, sans énergie, de ne pas savoir économiser. Il lui fait des « chotteries », joue au P.M.U., manque parfois son travail, ne règle pas certaines dettes ... Tout cela sans le lui dire ou sans oser le lui dire. Elle le considère un peu comme un enfant et s'en afflige. Il est vrai que son mari est renfermé parce que timide. Dans son enfance et son adolescence, il n'aurait pas eu l'occasion de s'épancher.

Elle est à juste titre inquiète du verdict qui va être incessamment donné. Mais aussi elle appréhende le retour de son mari. Elle se demande si elle pourra accepter sa compagnie après la monstruosité qu'il a commise ; elle est écoeurée à l'avance par ses exigences sexuelles.

Au long de notre entretien, nous essayons de lui montrer la relation possible entre sa frigidité et l'aberration sexuelle de son mari. Vient ensuite une tentative d'explication des tabous sexuels présentés sous un angle oblatif et social. Il nous semble bon de ramener "l'acte monstrueux" à ses justes proportions. Mme G. se rappelle d'ailleurs qu'étant fillette elle avait été au sortir de l'école l'objet de sollicitations semblables et que cette mésaven-

ture ne lui avait pas pour autant porté préjudice, du moins en apparence. Nous lui avons montré la portée bienfaisante et durable d'un pardon et d'un élan affectif pour l'harmonie future de son foyer. Et l'utilité de prévoir dès maintenant une meilleure éducation sexuelle de ses enfants, auxquels le délit du père poserait bientôt une énigme traumatisante (l'absence soudaine de leur père écroué a fait l'objet d'une version qui ne pourra être indéfiniment soutenue)

48 H. après, Mr. G., venait à notre bureau, il avait bénéficié du sursis. Il était stupéfait d'avoir trouvé, une fois libéré, une femme affectueuse comme elle ne l'avait jamais été.

L'avocat était étonné de recevoir à son cabinet un couple d'amoureux.

Et quelque temps après la jeune femme déclarait avoir eu pour la première fois des rapports sexuels agréables, après 14 ans de mariage.

Il nous a paru intéressant d'exposer ce cas à cause de l'association schématique délit sexuel et frigidité et de la modification ultérieure des relations conjugales. La conjonction du psychodrame judiciaire et de nos entretiens avec les intéressés a eu un rôle positif indéniable. Il est évident que les difficultés ne sont pas définitivement aplanies. L'immaturité affective de l'époux, son aspect un peu amorphe persistent, ainsi que la faible résonnance de sa conscience morale (on dirait qu'il a oublié le mal qu'il a fait, dit même-ment sa femme). Quant à Mme G., elle a à nouveau présenté des signes de frigidité, moins nets qu'auparavant ; elle demeure un peu dominatrice. Et elle a le droit de regarder anxieusement l'avenir, de craindre des récidives de son mari.

Tous deux néanmoins, conscients de leurs insuffisances, sont désormais désireux de voir régulièrement un spécialiste et de demander conseil. Mme G., qui n'y avait jamais songé auparavant, se préoccupe de l'éducation sexuelle de ses enfants.

Dans le domaine si délicat et si décevant des conduites sexuelles délictueuses, nous avons cru bon de mettre en valeur un exemple qui autorisait à quelque optimisme.

On note à cette occasion le rôle que peut jouer le psychiatre en milieu carcéral, ayant une activité psychothérapique non seulement sur le sujet lui-même ; mais sur son entourage immédiat, ici l'épouse, évitant la rupture d'un foyer, préparant dans les conditions les moins défavorables la sortie du délinquant.

et de ce fait provenant des délits ultérieurs.

Observation n° 4. (K...)

Né en 1936 dans le Bas-Rhin, K... est un enfant trouvé qui a été élevé par un tuteur jusqu'à l'âge de 14 ans. Cette période n'a pas l'air d'avoir été très heureuse pour K... qui a beaucoup souffert du manque d'affection. "Un tuteur, dit-il, ça ne remplace pas une vraie famille".

Il suit une scolarité normale ; aurait même passé le brevet. A 14 ans, sa tutrice meurt, le tuteur ne peut le garder.

Ne dépendant plus que de l'Assistance Publique, il se rèle rapidement à des bandes de jeunes délinquants. Vols dans les prisons. A 17 ans, il passe devant le Tribunal pour enfants, de Strasbourg, pour vol d'une bicyclette. Il fait ensuite des stages en maison de correction puis fréquente deux autres jeunes de son âge, avec lesquels il fait un cambriolage.

Un an de prison. Trois mois après sa sortie de prison, nouveau cambriolage, à main armée cette fois : 4 ans et 10 mois de prison.

Il sort de détention le 9 Décembre 1961.

Du fait de ces années de prison, il n'avait pas fait de service militaire. En décembre 1961, il est incorporé d'office, à 25 ans, dans les bataillons d'Afrique.

Le juge de Strasbourg qui s'était occupé de lui avait tenté d'obtenir la réforme militaire, mais sans succès. Il prévoyait, connaissant K..., que celui-ci supporterait mal la discipline de l'armée.

Et en effet, dès le deuxième jour, alors qu'il était encore en civil, il a boxé des gradés qui lui interdisaient de sortir sans permission.

Envoyé, alors, à l'hôpital militaire Michel Levy, il est jugé responsable de ses actes après toute une série d'examen médicaux. Il est envoyé en Algérie où il tombe à deux reprises, sur des capitaines compréhensifs qui, au lieu de le prendre de front, lui font confiance et lui donnent des postes de confiance. Cette période semble avoir été excellente.

Malheureusement étant donné son état judiciaire entraînant un régime militaire spécial, il est placé lors de son retour en France, dans un camp

en Savoie, où l'on reçoit également les soldats qui purgent des peines de prison. Le régime y est sévère et K.. le supporte difficilement.

A l'occasion d'une histoire de vol, à laquelle il était, dit-il, tout à fait étranger, il frappe à nouveau des gradés, au cours d'une bagarre spectaculaire. Mis au cachot, il s'en évade ; puis se barricade dans une chambre avec quatre camarades.

Après avoir parlementé, ils acceptent de se rendre. K.. est envoyé à l'hôpital militaire Desgenottes, dans le service de neuro-psychiatrie ; nouveaux examens qui s'avèrent normaux.

Son séjour se déroule sans incident ; mais la venue de deux gendarmes qui viennent le chercher pour le conduire en prison déclenche à nouveau un drame. Il frappe et assomme presque ceux-ci.

Le lendemain, dix gendarmes viennent l'appréhender. Il tente alors de s'ouvrir les veines.

Par crainte de mutinerie en milieu militaire, K.. n'est pas transféré à Montluc, mais à la maison d'arrêt de St Paul, où il arrive précédé de sa réputation de "forte tête". Placé à l'annexe psychiatrique, on est, il faut bien le dire, peu enclin à garder un individu aussi "explosif".

Il est donc transféré le 5/1/1963 à l'hôpital du Vinatier. "Déséquilibré paranoïaque chez lequel la prison a déclenché une attitude négativiste avec infection volontaire d'une plaie".

Arrivé à l'hôpital, il se présente calme, sans agitation ; semble décidé à reprendre le droit chemin à condition toutefois de ne plus retourner en prison pour le dernier délit dont il se dit non coupable.

Il songe à partir en Belgique, où sa fiancée l'attend. On recevra en effet en date du 15 Mars une lettre du consulat général de France à Liège, annonçant que sa "fiancée" Mademoiselle B. âgée de 20 ans, est sur le point d'accoucher.

Son séjour, se déroule calmement, dans l'ordre, et sans aucun incident du 5 Janvier au 29 Mars, date de la visite du juge d'instruction militaire. Violente altercation de ce dernier avec K.. Par ailleurs le magistrat instructeur adresse une note à Monsieur le Préfet du Rhône, lui signalant qu'il lui a été "donné de constater que K.. se déplaçant librement et sans surveillance, à l'extérieur du service fermé où il avait été transféré, et en dehors même de toute enceinte gardée, avec par conséquent la liberté entière de ses gestes ..." La réaction de K.. ne se fait pas attendre. Le 5 Avril, il quitte l'hôpital sans autorisation. Réintégré le 6 Avril : il avait volé un

scooter, et a été arrêté à Villefranche. Dès son retour au service il est revu longuement pendant près de 2 heures par le Docteur B. K.. donne alors sa parole d'honneur qu'il ne cherchera plus à s'enfuir. On lui fait confiance ; dès lors, il tient sa parole. Grâce aux traitements, K.. s'améliore rapidement (chimiothérapie, psychothérapie, sociothérapie, ergothérapie). Le Dr. B. note en particulier "ce patient tire profit de la fréquentation de l'atelier de peinture, dont l'action occupationnelle et valorisante, a été hautement bénéfique pour lui".

Le 14.5.1963, K.. quitte le service, après avoir été condamné par le Tribunal Militaire de Lyon à un an d'emprisonnement ferme pour "refus d'obéissance - rébellion - voie de fait - outrages à supérieur".

Il sera également condamné à 5 mois de prison pour le vol du scooter, mais avec confusion de peines.

A nouveau incarcéré à la prison St Paul, il est placé à l'annexe psychiatrique. K.. entre dans un état de grande anxiété et de dépression. En effet il pensait que sa condamnation serait couverte par la détention préventive qu'il a faite : or, il lui reste 7 mois à faire.

Sitôt arrivé il commence une grève de la faim, se taillade les poignets, parle de suicide ; écrit au Dr. B. pour lui demander de le reprendre dans son service ; il supplie, menace et veut frapper le Dr. X., médecin-expert, qui le décrit comme un "véritable fauve". Cependant l'attitude ferme des médecins, de l'assistante-sociale, des surveillants, arrive à calmer l'agressivité du malade. K.. se remet au dessin et à la peinture pour lesquels il semble particulièrement doué. Il y aura encore quelques "éclats", un jour K.. déchire son dessin, se barbouille le visage avec les gouaches ; un autre jour bagarre avec un autre détenu ; mais dans l'ensemble son comportement s'améliore.

Libéré le 5 Décembre 1963, on reçoit peu de temps après une lettre dans laquelle K.. donne de ses nouvelles. Il est à Paris, avec son épouse ; ils logent à l'hôtel, mais il a trouvé du travail. Il adresse encore une carte de vœux à l'occasion du Nouvel An, en janvier 1964.

Quel pronostic peut on formuler vis-à-vis de K.. Il semble bien qu'il doive être assez pessimiste ; en effet K.. demeure malgré tout très déséquilibré et inadapté socialement. En particulier, on a pu noter à l'occasion de son séjour au Vinatier, une grande instabilité dans le domaine affectif, "tonnant amour-

reux" successivement de plusieurs malades qu'il intitulait fiancée, et qu'il abandonnait après leur avoir, hélas, soutiré parfois quelque argent !

La moindre contrainte, la moindre opposition peuvent déclencher chez lui une série de réactions brutales et imprévisibles. Qu'une étincelle jaillisse et il explosera.

K... serait donc justiciable, d'un traitement chimiothérapique et psychothérapique ambulatoire. Hélas, son éloignement, ses conditions de vie, ne permettent pas d'envisager actuellement une telle action.

De toute façon, à son égard, l'annexe psychiatrique a joué un rôle bénéfique. Il faut noter à ce sujet, les attitudes différentes adoptées à son premier et à son second séjour.

La première fois, il y a eu en effet une attitude de désistement : devant ce malade ayant une aussi mauvaise réputation. La seconde fois : il n'était plus question de reculer, l'attitude prise a été ferme d'emblée. Les résultats ont été favorables.

Observation n° 5. (B...)

Né en 1935, en Saône et Loire.

Père décédé en 1945 à 73 ans d'une broncho-pneumonie. Mère décédée en 1956 à 70 ans, semble-t-il d'un cancer.

Une soeur âgée de 60 ans, mariée, 5 enfants.

A fréquenté l'école jusqu'à l'âge de 16 ans. A obtenu le certificat d'études, diplôme de l'école d'Agriculture de Fontaine-les-Chalon.

Travaille avec ses parents jusqu'à 19 ans.

Il est alors appelé : guerre 1914-18. Blessé en 1915 : fracture de l'avant-bras gauche ; plusieurs plaies des parties molles ; commotion cérébrale sans fracture.

En 1917, réformé avec une pension militaire fixée à 50 %

Comme autres antécédents pathologiques : syphilis, bronchite chronique, rhumatisme déformant des doigts depuis plusieurs années.

Après la guerre 1914-18, Monsieur B. apprend le métier de comptable qu'il exerce pendant deux ans, puis ouvre un commerce de graines qu'il va tenir pendant 25 ans. Il a abandonné son commerce en 1939 et par la suite a exercé plusieurs emplois comme vendeur, manoeuvre, agent d'expédition ..

En 1920, se marie avec une femme âgée de 7 ans de plus que lui. Pas d'enfant, mais il a un beau-fils âgé de 50 ans. Son épouse est décédée en 1957 d'une cirrhose du foie. Bonne entente entre les deux époux.

Sur le plan judiciaire, Monsieur B. a été inculpé d'outrages publics à la pudeur à de multiples reprises, en 1933, 1935, 1939, 1943, 1946, 1948, 1957, 1958, 1959, 1960, 1962, 1963, et chaque fois il s'agissait du même délit à savoir, l'exhibition de ses organes génitaux ; il a été aussi condamné à plusieurs reprises à des peines de prison et a été interné également à diverses reprises à l'hôpital psychiatrique du Vinatier du 16 août au 24 Novembre 1945, du 28 Mai 1946 au 24 Janvier 1947, du 2 Février au 28 Septembre 1955, plus récemment du 6 Juillet au 17 août 1957.

Il a subi de nombreuses expertises mentales, certaines concluant à son irresponsabilité ; d'autres le considérant comme responsable.

Au cours de ses différents séjours à l'hôpital psychiatrique B. a toujours été considéré comme atteint de déséquilibre mental constitutionnel avec tendances exhibitionnistes ; les médecins qui l'ont examiné et traité insistaient sur une syphilis ancienne, sur un fond d'anxiété avec paroxysme, sur un traumatisme crânien ancien (blessure de guerre), sur un éthylysme modéré, mais avec une grande sensibilité à l'alcool, sur une sénilité précoce, et enfin sur une sexualité anormale depuis de très nombreuses années.

Il est à noter que B., après une période d'activité sexuelle assez désordonnée, vit baisser considérablement sa puissance sexuelle vers l'âge de 30 ans, alors que ses désirs restaient aussi violents qu'auparavant ; il a alors fréquenté les maisons closes et les prostituées "essayant toutes sortes de moyens" pour pallier à son insuffisance.

C'est à partir de 1933, qu'il a recouru à l'exhibition de ses organes génitaux devant des femmes ou des fillettes, poussé par une sorte de besoin contre lequel, disait-il, il ne pouvait lutter, particulièrement lorsqu'il était sous l'influence de l'alcool.

Lorsqu'on examine Mr. B., on trouve un sujet de 69 ans, manifestement sénilisé au point de vue somatique.

Il n'existe cependant aucun déficit intellectuel, aucun signe dé-

nentiel, aucun élément confusionnel, le jugement est parfaitement sain,

Monsieur B.. se rend parfaitement compte de l'absurdité de son comportement. On est frappé par la faiblesse de sa volonté ; les déclarations véhémentes de bonne foi et de sincérité témoignent de remords certains, mais qui ne sont pas suivis de modifications dans le comportement.

Il existe enfin un puérilisme affectif certain avec une émotivité exagérée. Il pleure souvent au cours des entretiens ; il voudrait "enfin s'en sortir". Il reconnaît qu'il devrait s'abstenir de boire. Aucune cure de répulsion alcoolique ne fut pratiquée à cause de son état général déficient.

En 1959, à propos d'un examen à son sujet, on notait : "Il ne fait pas de doute que Monsieur B.. est un exhibitionniste pathologique et il est possible d'affirmer l'unité au cours des années de son destin pathologique en dépit des variations phénoménologiques de la conscience sexopathique, et des caprices évolutifs de sa maladie. On ne peut faire abstraction des conduites exhibitionnistes, telles qu'elles se présentaient en 1933, sous prétexte que les conduites se sont profondément modifiées en 1959 ; la trame névrotique initiale continue à informer le comportement actuel du sujet ; en s'efforçant de dégager les travées essentielles de cette névrose exhibitionniste, on découvre un faisceau de motivations qui paraissent s'orienter autour d'un élément nucléaire profondément enfoui dans la sphère instinctivo-affective.

1°) Un sentiment complexuel d'infériorité qui remonte à la seconde enfance et qui n'a pas été liquidé par la conduite héroïque du sujet au cours de la première guerre mondiale, qui s'est plutôt trouvé réactivé et systématisé du fait des blessures de guerre que le sujet a subies, non seulement sous forme d'un traumatisme crânien avec commotion cérébrale qui le laisse diminué psychiquement, mais aussi à la faveur des séquelles très disgracieuses qui persistent au membre supérieur gauche et laissent un avant bras profondément disgracié, difforme, dont la seule vue paraît être un objet de répulsion et d'horreur : il a été invalidé à 50 % au titre des pensions militaires.

On sait le retentissement psychologique profond d'une disgrâce physique congénitale ou acquise et ses répercussions éventuelles au plan de l'élaboration de la sexualité concrète ; le sujet, qui éprouve un sentiment d'impuissance, n'éprouve aucune confiance dans ses moyens naturels de séduction, il a recours à la dénudation et à la présentation du phallus comme un ultime et héroïque moyen de séduction, comme s'il escomptait que la partenaire, saisie et comme subjuguée, répondrait à cette invitation insolite ; et là, l'exhibition s'adressant à des partenaires possibles peut être éprouvée par le sujet

comme le point de départ éventuel d'une lubrique aventure.

Cette motivation est plus vraisemblablement présente dans les cas où le sujet, par le passé, s'est exhibé en présence de femmes adultes et dans les cas où l'exhibition a pu s'accompagner d'une excitation sexuelle et de manifestations de masturbation avec provocation verbale.

2°) Mais les éléments punitifs masochistes paraissent, dès le début, avoir été singulièrement présents dans les comportements essentiels présentés par le sujet quand il s'exhibe. Il s'est souvent agi d'exhibition muette et furtive, l'organe viril étant à l'état de flaccidité. Une telle conduite s'organise à partir du fantasme anxiogène de castration ; plus qu'une invite à une lubrique aventure, c'est bien plutôt la recherche d'une punition qui pousse le sujet à présenter ainsi "flétri et vaincu" l'organe doué universellement de puissance et qui le pousse à s'exposer doublement à la fois à la réprobation muette et indignée des partenaires et à la sanction policière et pénale à laquelle il échappe rarement.

3°) Un troisième facteur qui relève sans doute également d'un conditionnement névrotique peut être spécialement déduit du choix particulier des victimes qui pousse le sujet à s'adresser, soit à des personnes qui seront beaucoup choquées par son exhibition, soit à des fillettes très jeunes rencontrées au sortir des écoles par exemple ; fillettes impubères à l'égard desquelles l'acte accompli peut prendre dans une certaine mesure la valeur d'une agression sadique ou d'une dévirginisation morale qui ne laisse pas de constituer un des aspects les plus inquiétants de la situation.

Que faut-il faire de Monsieur B. ? Quelle attitude adopter à son égard ? Faut-il l'emprisonner à vie ? Le laisser en liberté ? L'interner dans un hôpital psychiatrique jusqu'à la fin de ses jours ?

Il est bien certain que Monsieur B. présente un certain état de dangerosité sur le plan moral, risquant de traumatiser gravement pour l'avenir, sur le plan psychique, de jeunes fillettes. Cependant, il présente des anomalies mentales anciennes qui atténuent dans une très large part sa responsabilité. Ces troubles mentaux sont cependant insuffisants pour justifier un internement prolongé en milieu psychiatrique.

Il ne reste donc qu'à laisser Monsieur B. en liberté après chaque peine d'emprisonnement qu'il a subie ; en lui recommandant de suivre régulièrement une consultation d'hygiène mentale, où il pourra venir en toute confiance dès qu'il sentira réapparaître ses anciennes tendances. "On souhaiterait, écri-

vait-on à son sujet en 1959, que le malade puisse bénéficier d'une des mesures prévues par l'organisation de "Défense sociale" dans le cadre du régime éducatif et progressif tel qu'il a été instauré dans certains établissements pénitentiaires (St Etienne, Clermont-Ferrand).

Là, il faut bien avouer que l'annexe psychiatrique n'a pas su mieux faire que la prison, ou que l'hôpital psychiatrique.

On peut cependant se demander, si ayant été vu et traité précocement, lors de ses premiers délits, B.. n'aurait pas guéri. Mais à cette époque, il n'y avait pas d'annexe psychiatrique !

Observation n° 6. (D...)

Né en 1935.

Père éthylique notoire, cultivateur ; ne l'a pas connu car divorce prononcé alors que D.. avait quelques années.

Sa mère est décédée d'un cancer en 1941 alors qu'il avait 6 ans. Un frère aîné parti en Russie en 1942, et disparu depuis. Une sœur mariée et divorcée deux fois, vivant de prostitution en Suisse (Zürich) et encore 6 autres frères et sœurs qu'il ne connaît pas.

Dès lors, il est placé en orphelinat ; bonne scolarité, C.E.P. à 14 ans.

Puis aide-comptable de 14 à 17 ans. En 1951 il est mis à la porte de son emploi pour troubles caractériels ; hospitalisé 3 semaines à la clinique psychiatrique de l'hôpital de Strasbourg. Il est ensuite placé dans un nouveau poste où il ne restera que quelques mois et d'où il sera renvoyé également pour bagarres, et les mêmes motifs déclenchent son renvoi de l'orphelinat.

Il est alors placé au "Chateau d'Angleterre", centre de rééducation, d'où il fuera après quelques mois. Il est ensuite placé quelques mois à Besançon puis revient au "Chateau d'Angleterre", qu'il quittera définitivement en mai 1953 après une série de fugues.

Après divers incidents, il est envoyé en rééducation à la Motte-Beuvron (Loir et Cher) dans une école professionnelle. En un an il réussit le

C.A.P. de menuisier ; il rentre ensuite à Strasbourg où il travaille comme charpentier jusqu'en novembre 1954. Il a alors 19 ans et cherche à s'engager dans l'armée, mais il est réformé pour troubles caractériels. Bref séjour à la clinique psychiatrique de Strasbourg. De 1955 à 1957, travaille tantôt à droite, tantôt à gauche. Il logeait au début dans des foyers pour jeunes gens, mais il est mis chaque fois à la porte à la suite de bagarres.

En 1956 meurt celui qu'il appelait son grand père et qui se serait plus ou moins occupé de lui pendant sa petite enfance. Surce "coup de cafard" il se marie avec une femme qu'il connaissait depuis un mois.

Mais très vite mécontente entre les deux époux et D.. quitte Strasbourg, où il avait monté une entreprise de nettoyage de vitres qui semblait prospérer.

D'ailleurs avant de quitter Strasbourg, il fait une tentative de suicide qui l'amène pour une troisième fois à la clinique psychiatrique. En août 1957, il part pour Montceau-les-Mines avec un forain. Là il rencontre une jeune fille et se met en ménage avec elle, mais après 5 mois, revient à Strasbourg après un "coup de cafard". Il retourne auprès de sa femme, mais les disputes reprennent. Il repart à Montceau-les-Mines, revient, fait une nouvelle tentative de suicide : nouveau séjour de 48 H. à la clinique psychiatrique. Il s'en évade pour retourner à Montceau-les-Mines, où il refait une autre tentative de suicide et est traité par le Docteur P.

Il revient à nouveau à Strasbourg. Il est arrêté le 25 Juillet 1958 sous l'inculpation de coups et blessures, menaces de mort sur sa femme. L'expertise mentale demandée, conclut à un état de démente au sens de l'article 64 du Code Pénal, et à la nécessité d'interner D.. dans un hôpital psychiatrique.

En Septembre 1958, il est hospitalisé à l'hôpital psychiatrique de Stophansfeld avec le diagnostic de déséquilibre psychique, se rattachant à une névrose de caractère grave. Traitement largactil. Il quitte l'hôpital sans autorisation au bout d'un mois, et gagne Lyon, où il va frapper à la porte de la famille X. (famille bourgeoise) dont il a connu le fils, étudiant en médecine à l'hôpital de Montceau-les-Mines.

Ce dernier s'étant occupé de D.. avec une rare patience, et un grand dévouement, lui prêtant sa moto qu'il n'a pas revue ; lui prêtant de l'argent.

A Lyon, la famille X. met tout en oeuvre pour tenter de réinsérer D.. On l'aide à trouver une chambre, du travail, on lui prête un vélo, de l'ar-

gent. Il est reçu dans la famille comme un ami ; et il vient régulièrement chaque dimanche.

Mais rapidement, malgré l'aide et le soutien qu'il reçoit, les choses se gâtent. Un jour les X. le voient revenir traqué, se disant recherché par la police, (il a un revolver dans sa poche) et qu'il se tuera s'il est pris.

Il part à Strasbourg à nouveau, pour voir sa femme et aussi sa fille née en 1957. Sa femme prend peur, prévient la police. D. se tire une balle dans le pounon (sans gravité d'ailleurs) pour ne pas être emmené à l'hôpital psychiatrique de Stephenfeld. Il y est cependant conduit ; mais 8 jours plus tard il s'évade et revient à Lyon. Pendant quelque temps, il loge à la maison du jeune ouvrier, où l'aumônier de la maison s'occupe de lui, lui trouvant logement et travail ; mais à nouveau tout échoue.

A noter que lors de son séjour à Lyon, il a fait une chute au cours de son travail. Traumatisme crânien avec perte de connaissance pendant 4 à 5 heures. Hospitalisé à Grange Blanche il en sort au bout de 48 H. après avoir signé une décharge.

Fin décembre 1958, il est arrêté sous l'inculpation de vol de voiture et vol avec effraction.

Incarcéré à la prison St Paul, il est placé à l'annexe psychiatrique.

Le Docteur B., médecin de l'annexe, qui s'occupe de D., va intervenir auprès du juge d'instruction pour tenter de faire juger séparément D., car il est inculpé dans un même délit avec d'autres délinquants. Cela n'est pas possible et D. est condamné pour complicité ; il bénéficie des circonstances atténuantes. Durant son séjour à l'annexe, D. présente un comportement très variable, tantôt calme, tantôt très agité.

En Mars 1959, en particulier, sa femme lui ayant nettement fait savoir son intention de divorcer ; il présente un état d'agitation psychomotrice, tel qu'on doit le placer temporairement dans la cellule "de force".

Cependant il se calme progressivement, et son attitude redevient au bout de quelque temps, presque normale. Le Docteur B. s'emploie alors à obtenir pour lui une mise en liberté provisoire, qui est finalement accordée.

A sa sortie de prison D. est pris d'une peur panique à l'idée de se retrouver une fois de plus livré à lui-même.

Le Docteur B. lui vient alors en aide et le prend en charge. Cela va être une réédition de ce qui s'est passé avec la famille X. Prêt d'argent avec chaque fois la promesse de D. de se mettre sérieusement à chercher du tra-

vail ; prêt d'un vélosolux , car D.. veut reprendre son ancien emploi de Javeur de carreaux ; il aura d'ailleurs un accident, renversé par une voiture ; traumatisme crânien, brève perte de connaissance. Emmené à Grange Blanche comme la fois précédente, on a le temps de lui faire : radiographie du crâne et E.E.G. qui demeurent négatifs (janvier 1961). Sur les conseils du Dr. B. il accepte d'aller au Vinatier pour suivre un traitement. Une fois hospitalisé, au bout de 48 H. il réclame avec véhémence sa sortie. Comme elle tarde, il quitte l'hôpital sans autorisation, en emportant les vêtements d'un autre malade.

Il lui arrive également de multiples péripéties : trouve un travail, l'abandonne ; en retrouve un autre ; fait un séjour en maison de repos à Yzeron. Un jour, il fugue ; les gendarmes le retrouvent à Vaugneray et téléphonent dans la nuit au Dr. B. lui disant qu'ils ont trouvé un armésique porteur d'une lettre avec le nom et l'adresse du Dr. B. ; il fait également la connaissance d'une jeune fille dont il s'éprend, lui racontant toute sa vie, ses séjours en prison et en hôpital psychiatrique. Au bout de quelque temps rupture avec celle-ci qu'il considérait comme sa "fiancée" (été 1961) A de multiples reprises il téléphone à n'importe quelle heure du jour et de la nuit au Dr. B. avec parfois chantages au suicide.

En septembre 1961, il est à nouveau incarcéré sous l'inculpation de détournement de mineur. En effet il a accepté d'emmener dans sa chambre et de coucher avec une jeune fille de 14 ans "qui en paraissait 18". Celle-ci d'ailleurs devait être en fugue. D.. déclare qu'il a averti lui-même la police et apporté la valise de la jeune fille. Celle-ci par contre prétend qu'il l'a menacée et brutalisée.

A la maison d'arrêt, lorsqu'on le revoit, il estime que sa rechute est due en partie à la carence du Dr. B. et du visiteur qui s'occupait de lui ; qui n'ont pas su "raccrocher l'affaire avec sa fiancée".

Il ne sera libéré que le 23 Octobre 1962 de façon définitive. Cependant, en janvier 1962, il obtient la mise en liberté surveillée. On lui trouve du travail, un logement. Il travaille comme coffreur-nenuisier dans une entreprise de bâtiment ; mais il est licencié lorsqu'on apprend son passé judiciaire. Ceci porte un coup à D.. qui est à nouveau incarcéré peu après, pour vol. Tentative de suicide par absorption de gardénal et noziman.

De mars à juillet 1962 il est soigné à l'hôpital de l'Antiquaille pour une primo-infection sévère.

Libéré en Octobre 1962, il est hospitalisé sur sa demande à Ste Eugénie. Traitement : PAS - rimifon - streptomycine.

Il y reste jusqu'à Noël. A cette date il demande une permission. Il part à Strasbourg, est reçu par son ex-belle-mère.

Hélas, peu de temps après il est à nouveau arrêté pour vol ; incarcéré à la maison d'arrêt de Saverne, puis transféré à Lyon. Il échoue à l'annexe. A nouveau tentative de suicide : avale une cuillère et une fourchette. Hospitalisation à l'Antiquaille.

Puis retour à l'Annexe, et enfin au régime général de détention, avec condamnation à 18 mois de prison.

Au sujet de D., on peut dire que l'annexe n'a pas eu de résultat favorable, peut-être par manque de moyens. En effet, une annexe mieux équipée, pouvant accueillir pendant une période assez longue des détenus, disposant du personnel et du matériel suffisant, aurait peut-être pu avoir avec D. de meilleurs résultats, que n'en a eu l'alternative parfois traumatisante de l'incarcération et de la liberté conditionnelle.

Observation n° 7. (U...)

Né le 8 Décembre 1917 dans un petit village de la Côte d'Or. Il est l'avant-dernier de 6 enfants.

Père naçon, décédé en 1935 à 56 ans. Blessé de la guerre 1914-18, éthylique. Mère décédée à 70 ans, "nerveuse", asthmatique, cardiaque ! ...

Jusqu'à 14 ans travaille avec son père ; n'a pas son CEP. Enfance malheureuse. Père fréquemment ivre et brutal.

A 15 ans, arrêté pour vol de bicyclette, remis à ses parents, récidive peu de temps après. Il est alors placé à la maison de redressement d'Anniane le 29.10.1932 ... "Sa conduite a été mauvaise, il a participé aux mutineries des 27 et 28 Août 1937. Après un séjour à la maison d'arrêt de Montpellier, il a été transféré à Eyssac".

Il en sort à 20 ans ; service militaire ; guerre 1939-40. Prisonnier, il s'évade.

Se marie en 1941. 6 enfants de 1941 à 1952.

Travaille en métallurgie à Lyon, puis à Strasbourg, puis à nou-

veau à Lyon.

Soigné de façon ambulatoire pour des "troubles nerveux" à Strasbourg puis à Lyon.

Après un E.E.G. à Strasbourg, traitement avec Gardénal, abandonné par la suite. Pas de conitialité vraie.

En effet, Monsieur U.. présente des troubles du comportement qui vont motiver après de nombreuses années son internement.

De 1952 à 1961 : relations sexuelles suivies avec successivement deux de ses filles.

Bien qu'elle soit au courant de ces faits, Mme U. qui depuis sa 6ème grossesse, refuse tout rapport sexuel avec son mari, fait semblant de ne pas voir.

Au début de 1961, cependant, l'attitude de Monsieur U.. devient de plus en plus névrotique : "attitude agressive, confiné au lit ...". Depuis septembre 1960, il était en M.L.D. pour "troubles nerveux" et devait d'ailleurs être mis en invalidité.

Madame U. s'enfuit chez une de ses sœurs, emmenant sa dernière fille avec elle.

C'est le fiancé de la fille aînée qui, mis au courant des faits, déclenche l'action de la justice.

Monsieur U.. est incarcéré en août 1961.

Placé à l'annexe psychiatrique, il se présente au début comme timide et renfermé, mais bien inséré dans la réalité et le concret, reconnaissant les faits qui lui sont reprochés.

Puis progressivement, l'état de Monsieur U.. va s'aggraver.

Complètement affolé par ces épreuves successives, il a une peine énorme à mettre de l'ordre dans ses idées, est incapable de penser vite : son débit est difficile et cahotique ; les souvenirs deviennent flous et imprécis. Certains faits que le malade se rappelait au début de sa détention sont recouverts par une amnésie lacunaire. Il n'arrive plus à fixer ses idées et se laisse entraîner dans une ratiocination perpétuelle, un nementisme obsédant, toujours sur les mêmes thèmes.

Il s'exprime sur un ton geignard et puéril "Ma pauvre tête, je suis un pauvre malade, ma pauvre maman ..."

Il se plaint d'angoisses fréquentes, avec précordialgies, sensation de boule laryngée et gastrique. L'appétit est mauvais, le sommeil peuplé de cauchemars avec terreurs nocturnes : voit des êtres phantasmatiques s'appro-

veau à Lyon.

Soigné de façon ambulatoire pour des "troubles nerveux" à Strasbourg puis à Lyon.

Après un E.E.G. à Strasbourg, traitement avec Gardénal, abandonné par la suite. Pas de comitialité vraie.

En effet, Monsieur U.. présente des troubles du comportement qui vont motiver après de nombreuses années son internement.

De 1952 à 1961 : relations sexuelles suivies avec successivement deux de ses filles.

Bien qu'elle soit au courant de ces faits, Mme U. qui depuis sa 6ème grossesse, refuse tout rapport sexuel avec son mari, fait semblant de ne pas voir.

Au début de 1961, cependant, l'attitude de Monsieur U.. devient de plus en plus névrotique : "attitude agressive, confiné au lit ..." Depuis septembre 1960, il était en M.L.D. pour "troubles nerveux" et devait d'ailleurs être mis en invalidité.

Madame U. s'enfuit chez une de ses sœurs, emmenant sa dernière fille avec elle.

C'est le fiancé de la fille aînée qui, mis au courant des faits, déclenche l'action de la justice.

Monsieur U.. est incarcéré en août 1961.

Placé à l'annexe psychiatrique, il se présente au début comme timide et renfermé, mais bien inséré dans la réalité et le concret, reconnaissant les faits qui lui sont reprochés.

Puis progressivement, l'état de Monsieur U.. va s'aggraver.

Complètement affolé par ces épreuves successives, il a une peine énorme à mettre de l'ordre dans ses idées, est incapable de penser vite : son débit est difficile et cahotique ; les souvenirs deviennent flous et imprécis. Certains faits que le malade se rappelait au début de sa détention sont recouverts par une amnésie lacunaire. Il n'arrive plus à fixer ses idées et se laisse entraîner dans une ratiocination perpétuelle, un nentisme obsédant, toujours sur les mêmes thèmes.

Il s'exprime sur un ton geignard et puéril "Ma pauvre tête, je suis un pauvre malade, ma pauvre maman ..."

Il se plaint d'angoisses fréquentes, avec précordialgies, sensation de boule laryngée et gastrique. L'appétit est mauvais, le sommeil peuplé de cauchemars avec terreurs nocturnes : voit des êtres phantasmatiques s'appro-

cher de lui ; pour dans le noir.

Donc tout le tableau d'une dépression anxieuse sévère. Ce sont ces mêmes troubles qui ont motivé ses traitements antérieurs. On note également à son sujet "la personnalité de Monsieur U., est sous-tendue par des rapports agressifs avec l'entourage : "je suis incapable de me défendre ... je ne suis pas comme les autres ... j'ai une timidité à la dernière limite". Donc une personnalité qui n'a jamais pu dépasser un certain stade de l'enfance, égocentrique et inférieurisé.

Il avoue d'ailleurs avoir des angoisses lorsqu'il pense à son père, et avoir rêvé fréquemment qu'il avait des rapports sexuels avec sa mère. La haine et la crainte qu'il a éprouvés par son père ont conditionné un amour incestueux pour sa mère, reflet de son amour incestueux pour ses filles. A noter une énurésie jusqu'à 14 ans. Sur ce fond perturbé s'est greffée une névrose grave et ancienne, depuis le début des faits. Cet homme vit dans la peur, surtout le moins possible, il vit solitaire et renfermé dans un monde d'idées personnelles qu'il ressasse continuellement.

Il met 2 à 3 jours pour écrire une lettre, vérifie et re-vérifie tout ce qu'il fait, se relève pour voir s'il a bien fermé le gaz. Il a peur dans le noir, peur au cinéma, peur en prison.

L'analyse des faits reprochés à Monsieur U., n'apporte rien de particulier, sinon que Monsieur U., craignait le scandale, faisait promettre de ne rien dire à personne et employait des préservatifs pour éviter une situation inextricable.

De même au moment de son arrestation, il commença par nier les faits pour ne les admettre que devant des preuves formelles.

Il n'était pas hyper-érotique, mais au contraire plutôt hypo-génésique : les rapports étaient assez espacés, le plus souvent très incomplets, sans plaisir bien intense ni pour l'un, ni pour l'autre. Ses filles n'ont jamais protesté très fort, mais n'étaient jamais vraiment consentantes.

Monsieur U., a également écrit une série de lettres qu'il avait conservées, quelques unes érotiques mais le plus souvent assez incohérentes avec un retour obsédant sur trois thèmes classiques : "n'aime-t-elle ? Pourquoi n'aime-t-elle ? comment n'aime-t-elle ?" et de longs reproches larmoyants sur sa conduite.

Une expertise mentale demandée, va conclure à la nécessité d'un internement en hôpital psychiatrique, non pas que Monsieur U. ait été en état de démente au sens de l'article 64, au moment des faits ; mais parce qu'il pré-

sente un état névrotique qui s'est accentué du fait de l'incarcération.

En effet, à l'annexe, malgré les divers traitements, les essais de psychothérapie, l'état de Monsieur U. ne fait que s'aggraver chaque jour un peu plus, mutisme, prostration, anorexie.

Il est hospitalisé le 24 Novembre 1961 à l'hôpital psychiatrique du Vinatier.

Il se présente alors d'enblée avec de gros troubles de mémoire : depuis combien de temps était-il à St Paul ? Il ne sait pas - depuis très longtemps - Il a perdu la mémoire depuis "ce choc de l'interrogatoire" où il y avait de "méchants hommes", qui voulaient le forcer à dire le mensonge et l'empêcher de dire la vérité. Pourquoi était-il à St Paul ? Les réponses sont très imprécises, et à quelque question qu'on lui pose, il parle du choc de l'interrogatoire et des méchants hommes. A la question : l'accusation, à votre avis, était-elle justifiée ? Il répond "non, ce sont de fausses accusations".

Toute la journée, il écrit de multiples feuillets concernant l'interrogatoire et les troubles de son cerveau qui en ont suivi, les fausses accusations et l'essai de prouver la vérité. L'écriture et les expressions sont obsessionnelles.

Puis après 24 heures, Monsieur U. prétend ne plus du tout se souvenir de ce qui s'est passé. Il ne minimise pas du tout la gravité de tels actes ; au contraire ce sont des choses abominables. Ce sont ses filles qui ont voulu le faire mettre en prison, car il était peut-être un peu sévère avec elles. Il ne voulait pas qu'elles sortent tard le soir. Tout ce qu'il raconte est exprimé avec hésitation, recherche des mots.

On évoque alors un syndrome de Ganser.

Un E.E.G. pratiqué le 1er décembre 1961 montre un "tracé désynchronisé comme on en rencontre dans les états anxieux, mais qui ne révèle aucun signe de comitialité". Tous les autres examens cliniques, radiologiques et biologiques sont négatifs.

Monsieur U. note ses rêves où il voit généralement sa fille dévêtue, qui l'excite et l'encourage à coucher avec elle ; coït toujours très court, incomplet. Il note ses réactions au réveil : douleurs diffuses dans tout le corps, sentiment de honte.

Dans un de ses rêves, il ne s'agit plus de sa fille, mais de l'interne, femme, du service où il se trouve. Une autre fois, le schéma du rêve est encore le même mais il s'agit cette fois de sa mère : "rêve insupportable et

épouvantable ; le matin, au lever, je suis déprimé, courbaturé, et suis très fatigué ; ma pauvre tête ne fait extrêmement mal. Le malade se plaint d'ailleurs constamment de douleurs diffuses par tout le corps, intermittentes. Toujours d'aspect très soigné, bien lavé, rasé, il reste couché jusqu'à midi, inerte, figé, sans un geste ; ne faisant rien, ne lisant pas, le regard fixe. L'après-midi, il se lève, s'habille et se promène à petits pas, appuyé sur une canne, quel que soit le temps, jusqu'à 18 H. Pas de contact avec les autres malades, ou les infirmiers.

Lorsqu'on cherche à l'interroger, il se réfugie dans une attitude négative, prétextant une amnésie totale depuis son interrogatoire à la prison St Paul ; il nie tous les faits qui lui sont reprochés, disant : "jamais je n'aurais pu faire une chose aussi honteuse". Au cours de l'interrogatoire, les policiers n'ont extorqué de faux aveux. Je suis innocent".

Son épouse d'ailleurs qui au début reconnaissait les faits, ainsi que les deux filles, l'encourage dans cette voie et elle-même actuellement nie systématiquement tout ce qui a fait inculper son mari.

Echec jusqu'à présent de toutes les thérapeutiques entreprises. On note dans l'observation, à son sujet : "L'entretien avec ce malade n'est évidemment pas facile. Il a tout oublié : son âge, sa profession antérieure, la date de son internement ... Rappelons simplement qu'il y a encore au foyer, une fille mineure et que les faits délictuels n'ont pas rompu les liens conjugaux. L'épouse vient rendre visite régulièrement à son mari, lui apportant des gâteries.

L'inculpé se plaint d'une amnésie globale. Tous ses souvenirs se sont envolés ...

Le comportement de ce sujet est actuellement stationnaire. Psychasthénique, avec une démarche de grand malade, son élocution est monotone, ralentie, chuchotée ... Son ton est pleurnichard.

Malgré un caractère instable, parfois irritable, son adaptation à l'hôpital psychiatrique apparaît satisfaisante. Si l'on ignorait les faits antérieurs, il serait logique d'envisager la sortie. C'est d'ailleurs ce qu'il réclame : "le retour à la maison, le calme, la tranquillité, le bien-être arrangerait tout".

Une seconde expertise est demandée en mars 1963. Devant la persistance des troubles mentaux, malgré le séjour en hôpital psychiatrique, on pense alors qu'il serait souhaitable que Monsieur U. soit jugé, en dépit de son

état ; cette éventualité apparaissant comme le seul espoir de guérison des troubles réactionnels, et de resocialisation.

Depuis cette expertise, faite il y a un an, l'état de Monsieur U.. est resté identique ; aucun fait nouveau n'est intervenu, ni aucune action judiciaire. Il est question d'une troisième expertise mentale avec cette fois désignation de trois experts.

Il est bien difficile de dire comment aurait évolué la maladie de Monsieur U.. si au lieu d'être hospitalisé au Vinatier, il avait été maintenu à l'annexe psychiatrique.

Un fait est certain : à l'hôpital psychiatrique son état psychique ne s'est pas amélioré. Malade névrotique, au milieu de psychotiques ; il a été très mal supporté, et bien qu'hospitalisé depuis bientôt trois ans, il n'a aucune relation avec les autres malades.

Avec l'équipe médicale, les rapports sont réduits au minimum.

Il semble d'ailleurs que la famille, mère et filles, maintienne le malade dans cette attitude névrotique de refus. Considérant avoir obtenu avec l'hospitalisation un premier pas vers la libération ; la mère et les deux filles très culpabilisées d'avoir laissé inculper Monsieur U.. pensent que cette attitude négative finira par lasser les médecins, et que ceux-ci se débarrasseront bientôt de ce "mauvais malade"

La situation n'aurait peut-être pas évolué vers ce cercle vicieux, si on avait pu garder Monsieur U.. en milieu carcéral ; dans une annexe psychiatrique suffisamment aménagée et équipée pour des traitements au long cours.

Quel est actuellement l'avenir de ce malade ? Ce sera à la prochaine expertise et au juge d'instruction d'en décider.

De toutes façons il semble bien que le retour de Monsieur U. dans son foyer ne soit pas souhaitable tant que sa dernière fille sera mineure, or celle-ci n'a que 12 ans à l'heure actuelle ! ..

CHAPITRE VI. LES RAPPORTS DE L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE.

A. L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE ET SES RELATIONS A L'INTERIEUR DE LA DETENTION.

L'annexe, secteur psychiatrique de la maison d'arrêt, fut au début considérée comme un quartier "à part". Elle suscitait vis-à-vis des surveillants et des détenus la même méfiance que l'hôpital psychiatrique.

- Les surveillants qui acceptaient de tenir le rôle d'infirmier se voyaient regarder avec circonspection par leurs collègues ; ceux-ci les considéraient parfois comme des transfugés en train de se compromettre dangereusement. Par ailleurs le fait pour eux d'être soumis à une autorité ambivalente, administrative et médicale, ne facilitait pas leur tâche et leur tranquillité d'esprit.

Au début, on pensa qu'il fallait peut-être rendre l'annexe psychiatrique entièrement autonome et indépendante de toute influence pénitentiaire. Le médecin-chef de l'annexe dirigeant à lui seul ce service fermé et ayant sous sa seule autorité le personnel médical.

En fait, l'évolution qui affecte tout le secteur psychiatrique ne pouvait pas ne pas influencer le secteur psychiatrique de la prison.

C'est ainsi qu'il s'avéra indispensable qu'existât une interpénétration des différents secteurs de la prison avec l'annexe. Cela imposait la condition de continuer à vivre sous le même régime, et donc sous la même loi que le reste de la détention mais cela était indispensable si l'on voulait rester "présent" dans la vie de la prison. Sinon, comme le bras mort d'un fleuve, l'annexe aurait risqué de tomber à l'abandon, pour ne plus devenir qu'une voie de garage.

- C'est ainsi que les détenus viennent de plus en plus souvent en consultation à l'annexe, spontanément, repartant ensuite dans leurs divers secteurs sans être marqués aux yeux de leurs camarades de l'étiquette de "fou".

De même, ceux qui, après un séjour à l'annexe, retournent dans le régime général.

- Il existe une collaboration étroite avec les surveillants, le surveillant chef, Monsieur le Directeur des prisons de Lyon, Monsieur le Directeur régional. De nombreux échanges existent entre médecins et responsables de l'administration, soit sur le plan individuel, oralement ou par écrit ; soit à l'occasion de réunions médico-administratives comme c'est le cas actuellement, plusieurs fois dans l'année. A cette occasion sont posés, parfois résolus, divers problèmes où chaque partie a son mot à dire.

Ainsi par exemple, le cas est posé de Monsieur A. longtemps suivi en psychothérapie à l'annexe pour des troubles caractériels. Il a eu avec un surveillant une altercation, au cours de laquelle il a injurié celui-ci. A doit donc être puni, et dans un tel cas la sanction est de 15 jours de cellule. Mais une telle sanction risque de faire basculer l'équilibre précaire, péniblement obtenu chez cet individu. Ne pas infliger de sanction, c'est à coup sûr, s'exposer à l'hostilité peut-être justifiée des surveillants qui penseront être abandonnés et bafoués.

Après discussion, on décide en commun accord, que la sanction de 15 jours de cellule sera infligée officiellement à A., quitte à accorder un sursis au bout de quelques jours.

Il arrive souvent également que des avis soient demandés "sur le tas", soit par les médecins, soit par l'administration, à propos de tel ou tel détenu perturbateur (refus de travail, bris de matériel, coup) passible du Prétoire et d'une sanction, ceci naturellement lorsqu'il y a suspicion d'anomalie mentale.

En accord avec l'administration ; des présentations de films, suivies de discussion, ont été organisées en 1963, par les psychiatres de l'annexe pour les surveillants des prisons. Ces films étaient choisis du fait de leur intérêt criminologique : "Graine de violence", "Nous sommes tous des assassins", "Comme un des Beaux-Arts" ...

Pour 1964, est prévue une série de cours : conduite à tenir :
- devant un détenu épileptique, - devant une tentative de suicide, - un refus d'alimentation, - une crise d'agitation psychomotrice, etc ...

→ Des échanges se font avec l'aumônier, le pasteur ; les visiteurs principalement dont le rôle est souvent très important car une fois le détenant sorti de prison ce seront eux, qui, bénévolement, suppléant un service social débordé, vont le soutenir moralement et parfois financièrement. Ce sont eux qui nous informeront des causes ayant motivé une rechute ; qui pousseront un ancien malade traité à l'annexe à continuer son traitement, ou à suivre régulièrement des consultations.

Il faudra également parfois freiner leur zèle qui, s'il est trop intempestif, risquera de laisser leur "protégé" ; mais il faut bien reconnaître que leur dévouement est souvent parfois mis à rude épreuve. Certains abandonnent, mais la plupart restent.

- Les médecins-experts sollicitent souvent l'avis des psychiatres de l'annexe pour les éclairer sur tel ou tel détenu ayant été ou se trouvant encore en observation. Dans la plupart des cas, ils sont autorisés à consulter les observations prises, sauf celles, rares d'ailleurs, qui contiennent des aveux inédits qui pourraient aggraver le chef d'inculpation de certains détenus.

Les notes journalières prises par les surveillants sont également consultées s'il y a lieu.

D'une façon générale, on peut dire que leur sont fournis tous les renseignements qui entrent dans le cadre de leur expertise, mais uniquement ceux-ci.

Y a-t-il violation du secret médical ? On peut semble-t-il répondre non ; si l'on considère que l'expert est, comme c'est le cas, intégré assez étroitement à l'équipe médicale de l'annexe, faisant partie de ce groupe thérapeutique. D'ailleurs le médecin de l'annexe peut-il être désigné comme expert ? Le problème est très controversé. Il peut être résolu dans les annexes dont s'occupent conjointement plusieurs médecins et là où le privilège de l'expertise psychiatrique n'est pas très disputé. A noter qu'il n'est délivré aucune note ou certificat aux détenus examinés ou à leurs avocats ; certains en effet pourraient éventuellement demander un certificat de séjour à l'annexe, en espérant ainsi se créer des références psychiatriques.

→ Relations très importantes avec les médecins de médecine générale, qui jouent un rôle primordial de dépistage systématique et d'orientation de telle ou telle classe de malades vers tel ou tel spécialiste.

D'ailleurs le médecin généraliste a presque toujours une action psychothérapique, et ce n'est pas le privilège exclusif du psychiatre. Actuellement ceci est encore plus vrai, étant donné que le Docteur Gonin, médecin

101

généraliste à St Paul, s'occupe d'une psychothérapie de groupe.

Si l'on veut que l'annexe psychiatrique, ait une action à l'intérieur de la détention, il faut qu'à l'intérieur même de cette annexe il y ait une solide cohésion et une bonne compréhension. C'est ainsi qu'ont débuté des réunions, véritables réunions d'équipe groupant les médecins, l'assistante et les quatre surveillants, ces derniers du fait de leur roulement n'ayant que rarement l'occasion de se voir et de discuter.

Sur un autre plan, il importait de réunir tous les praticiens s'occupant de près ou de loin d'activités médicales en milieu pénitentiaire ; ces réunions ont lieu en dehors de la prison. Il faut en effet que les médecins n'aient pas des attitudes discordantes en face des détenus qui auraient tôt fait d'exploiter leurs divergences. C'est ainsi qu'il importe de se mettre d'accord sur le rôle dévolu à chacun ; sur les modalités de distribution de médicaments, de placements à l'annexe, de distribution des régimes alimentaires, mais aussi sur des problèmes plus complexes concernant l'attitude des médecins vis-à-vis de l'administration pénitentiaire ; dans le dosage de la thérapeutique et de la sanction.

Il faut signaler ici les consultations psychiatriques entreprises depuis 1960 à la prison Montluc (prison militaire et maison d'arrêt pour les femmes). Ce secteur d'activité psychiatrique, émanation de l'annexe de la prison St Paul, est confié à Madame le Docteur Dubor, assurant une consultation hebdomadaire.

Depuis 1960 sont en effet assurés le dépistage systématique et les soins psychiatriques dans le secteur des femmes et les soins d'urgence dans le secteur des hommes.

C'est ainsi qu'en 1962, ont été examinées 65 femmes et 17 mineures. Ont été internés 7 femmes et 1 homme.

Madame Dubor a également en charge à la prison Montluc, le service spécialisé pour les mineures délinquantes créé en 1962 à la demande du Président du tribunal pour enfants.

Les mineures sont toutes suivies au point de vue médical et psychiatrique.

Une psychologue examine les mineures qui sont placées en observation par le Juge d'Instruction ou le juge des enfants. Un rapport termine l'observation, il est fait avec la collaboration du psychiatre, de l'éducatrice,

de la psychologue et de l'assistante sociale.

En ce qui concerne le service des femmes, adultes, il faut regretter qu'il n'y ait pas à Montluc l'équivalent de l'annexe psychiatrique de St. Paul. La faible importance numérique des détenues retarde l'organisation d'un service spécialisé.

Il y aurait certainement moins d'internements, si un secteur psychiatrique pouvait prendre en charge de façon permanente les détenues agitées en particulier, qui souvent ne présentent pas un état psychiatrique grave, mais qui du fait de leur agitation créent des réactions d'affolement dans le personnel.

B. L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE ET SES RELATIONS AVEC L'EXTÉRIEUR DE LA DÉTENTION.

- Rapports avec le Procureur, à l'occasion des consultants suspects, qui paraissent justiciables d'une expertise. Les notes ainsi adressées se bornent à suggérer avec plus ou moins de force l'utilité d'une expertise. Ce magistrat ou ses assesseurs viennent à l'annexe au moins une fois par an lorsqu'ils visitent la maison d'arrêt.

- Rapports avec les juges d'instruction soit pour déclencher des expertises, soit pour modifier éventuellement, dans sa forme, le cours d'une instruction, essayant par exemple d'obtenir la venue du magistrat instructeur au lieu d'hospitalisation afin d'éviter à un malade anxieux les risques d'un transfert parfois traumatisant pour son psychisme.

- La direction régionale pénitentiaire peut également, à l'occasion, demander un avis sur le comportement de certains détenus en instance de remise de peine, de relégués en voie d'élargissement, ou de condamnés difficiles.

- Rapports avec le magistrat chargé de l'application des peines. Depuis 1957, il est demandé aux médecins de l'annexe que soit joint leur avis aux dossiers de libération conditionnelle : la réponse se borne généralement à constater qu'il n'y a pas de contre-indication neuro-psychiatrique. Il arrive cependant que, s'agissant de sujets vus en consultation, ou en observation à

l'annexe, le médecin puisse formuler des appréciations plus nuancées avec des indications thérapeutiques et la nécessité éventuelle d'être suivis en consultation d'hygiène mentale.

- A côté de la libération conditionnelle, une nouvelle mesure d'aménagement des peines est entrée en vigueur : le sursis avec mise à l'épreuve. Ces mesures sont de nature à mettre en rapport annexe psychiatrique et secteur public, non pour relier encore par une chaîne les anciens détenus au milieu carcéral ; mais au contraire pour leur permettre de mieux se réinsérer au dehors.

En effet, parmi les obligations auxquelles peuvent être soumis les sursitaires probatoires (art. R 58) et les libérés conditionnels (art. D. 536), se trouvent les "mesures de contrôle, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication".

Ces deux catégories de délinquants, ainsi que celle des libérés définitifs, sont suivies on le sait, par les Comités de probation et d'assistance aux libérés que dirigent les juges chargés de l'application des peines.

Au même moment où se développent ces comités post-pénaux "nouveau style", un réseau de dispensaires d'hygiène mentale se crée sur tout le territoire en vertu de décrets récents. Car la notion est apparue indispensable de soins psychiatriques extrahospitaliers davantage préventifs, prodigués au sein même de la population, et s'adressant à toutes les catégories.

Cette venue simultanée de dispositions pénales non carcérales et d'équipes soignantes psychiatriques disponibles au coeur des cités rend possibles et faciles, croyons nous, les consultations criminologiques d'adultes en milieu ouvert.

En mai 1963, le Docteur Broussolle faisait le bilan de la consultation criminologique d'adultes qu'il assure en milieu ouvert.

"Nos consultations se sont déroulées dans notre cabinet à l'hôpital psychiatrique départemental et d'autre part dans un grand dispensaire d'hygiène mentale situé en pleine ville et où viennent travailler de nombreux collègues. Eux mêmes ont eu à examiner quelques sujets mais de façon plus sporadique. D'autres dispensaires et consultations hospitalières en ont reçu également ainsi que les services de neuropsychiatrie et surtout les services libres de l'hôpital psychiatrique.

Les consultations, financées par le service départemental de la Santé, sont gratuites.

Aucune n'était spécialement réservée aux délinquants ; ceux ci viennent, mêlés à la foule des consultants.

Il est intéressant de donner, à l'aide de quelques chiffres, une idée de l'importance de l'action du Comité "post-pénal" de Lyon, notre principal fournisseur.

Actuellement 190 sujets en sursis probatoire sont suivis. 20 d'entre eux avaient l'obligation de se soumettre à un traitement médical (c'est à-dire psychiatrique). 12 ont réellement accepté de s'y soumettre en coopérant. 8 n'ont pas été obligés par l'assistante ou l'agent de probation en raison de leur opposition.

Au cours du deuxième semestre 1962, 146 libérés conditionnels ont été placés sous la surveillance obligatoire du comité. 34 d'entre eux avaient l'obligation de se présenter à une consultation. Certains, résidant dans un Centre (patronage St Léonard) ont été vus par le psychiatre consultant de l'établissement. Sur l'ensemble du groupe, il y eut 5 opposants pour lesquels finalement on n'insista pas. Par contre, 4 autres, qui n'y étaient pas obligés, se présentèrent aux consultations (conseillés par l'agent de probation) et 2 ont bénéficié d'une cure de désintoxication.

Pendant le deuxième semestre de la même année, 250 libérés définitifs sont venus spontanément au comité. Beaucoup sont des passagers qui viennent demander un secours ou du travail et qui ne reviennent pas. En fait, un grand nombre pourrait relever d'une consultation d'hygiène mentale. Une dizaine, encouragés, se décidèrent à faire cette démarche. Leur nombre eut été plus grand si l'équipe du comité, plus nombreuse, avait pu prodiguer plus de temps et d'attention à l'égard de ses libérés.

Nos résultats sont difficiles à apprécier. Un premier test, indirect, est que le nombre de rendez-vous demandés va en augmentant. Nous avons très certainement retardé des récurrences, fait avorter des réactions délictueuses, par exemple, en permettant à des agressivités de s'exprimer verbalement plutôt que de se convertir en impulsions. Des bouffées anxieuses, le vertige (et la tentation) d'un nouvel échec ont pu être stoppés et permettre à une stabilité professionnelle de s'amorcer."

• Relations avec l'hôpital psychiatrique, soit à l'occasion des consultations en milieu ouvert, soit du fait des internements de malades à l'annexe.

Il y a évidemment le plus grand intérêt à ce qu'existe une étroite collaboration entre l'hôpital et l'annexe de la prison.

Ceci est facilité par le fait que le Docteur Broussolle, médecin chef de l'annexe est également médecin à l'hôpital psychiatrique du Vinatier. Par ailleurs, un interne de son service, le plus souvent titulaire du CES de médecine légale, assure régulièrement une fois par semaine une consultation à l'annexe.

Ceci contribue à intégrer l'annexe psychiatrique dans le cadre général du secteur psychiatrique et par ailleurs à lui donner une valeur d'enseignement auprès des internes de l'hôpital du Vinatier. Cette fréquentation d'un service psychiatrique, en milieu carcéral apparaît d'ailleurs de plus en plus importante dans la formation des futurs psychiatres. H. Hey ne disait-il pas "Toute la psychiatrie est médico-légale !"

-- Relations enfin avec la Faculté de Médecine, et plus particulièrement avec l'Institut Universitaire de Médecine Légale et de Criminologie Clinique dont le directeur est Monsieur le Professeur Roche, en liaison étroite avec la chaire de Neuro-psychiatrie que détient Monsieur le Professeur Dechaume.

Cette relation est essentielle. En effet l'Institut de Médecine légale et de criminologie clinique dont s'occupe Monsieur le Professeur agrégé Colin et le Docteur Hochmann, tous deux médecins de l'annexe psychiatrique ; constitue un foyer d'enseignement et de recherches.

L'enseignement de la criminologie clinique est assuré dans le cadre du diplôme de médecine légale et s'adresse également aux autres praticiens de la délinquance. A titre d'enseignement post-universitaire ou de stage de perfectionnement, les éducateurs spécialisés, les directeurs d'établissement, les psychologues, les travailleurs sociaux, peuvent participer comme auditeurs libres aux côtés des médecins et psychiatres à ces stages de formation criminologique.

Des cours de criminologie clinique sont également donnés à la Faculté de Droit aux futurs magistrats à l'école de psychologie pratique, à l'école nationale de police de St Cyr-au-Mont d'Or. Outre l'enseignement théorique, ce programme comporte des travaux pratiques : présentation de délinquants psychopathes, rédaction de compte-rendus, stages à l'annexe psychiatrique de la prison, à la consultation d'assistance éducative.

Des visites d'établissements sont également organisées : prisons,

pavillons des mineurs, centres d'observation, laboratoire de criminalistique, musée de médecine légale, musée de l'école de police, ainsi que l'assistance aux procès criminels.

~ L'Institut est aussi un centre de documentation et un foyer de recherches. La participation des membres de l'équipe au cours international de criminologie et aux différents congrès de criminologie et de défense sociale, permet des échanges fructueux.

CHAPITRE VII. PERSPECTIVES D'AVENIR.

Dans quel sens va évoluer l'annexe psychiatrique ?

Il ne fait pas de doute que l'annexe doit continuer à fonctionner à l'intérieur même de la prison, même si parfois elle doit souffrir de l'exiguïté des locaux et du manque de commodités.

Le jour où les prisons se transformeront et s'amélioreront, l'annexe suivra cette évolution, mais en attendant, il faut se contenter de ce qui a été construit à la fin du siècle dernier.

A ce propos on peut espérer qu'interviendront bientôt pour les détenus des mesures d'ordre social.

En effet, les prisonniers ont droit aux soins, comme l'ensemble de la population. Depuis quelques années, ils bénéficient de la législation des accidents du travail, ce qui amortit les risques pris par eux dans les ateliers pénitentiaires. A la suite d'une réunion des médecins de prisons avec les responsables de l'administration, en 1963, a déjà été admis le principe de ne pas priver les sujets incarcérés des avantages de la Sécurité Sociale. Droits aux soins, mais aussi à un régime alimentaire décent désormais dépourvu de son caractère privatif.

Nous avons déjà évoqué le problème d'un secrétariat organisé au sein de l'annexe. Cela se révèle chaque jour plus nécessaire. En effet il n'est plus possible de demander à l'assistante sociale qui est déjà infirmière, de remplir une troisième fonction de secrétaire, qui s'avère de plus en plus importante : lettres aux anciens détenus, lettres aux familles, aux assistantes

sociales, aux comités post-pénaux, démarches administratives (pénitentiaires, juridiques, sociales ...) multiples ; classification des dossiers, élaboration de statistiques permettant un travail plus fructueux ... La création d'un poste de secrétaire médicale à l'annexe, apparaît donc de plus en plus, non comme un luxe, mais comme une véritable nécessité.

Le problème d'un psychiatre de la prison, à "temps plein", a paru à certains comme une évolution souhaitable. Ayant plus de temps à consacrer aux détenus, les connaissant de ce fait mieux, il a pu sembler que son action serait plus efficace.

En réalité, cela ne semble guère possible dans l'état des choses actuel ; le psychiatre risque rapidement de se sentir incarcéré à son tour. On risquerait aussi de voir l'annexe psychiatrique, rapidement coupée du monde extérieur, vivre en vase clos, et s'étouffer progressivement.

Par ailleurs, ce psychiatre des prisons serait forcément sous l'entière dépendance de l'Administration pénitentiaire, qui le considérerait comme un fonctionnaire. C'est un risque, que le Professeur De Greef a souligné : "Ce qui fait l'éclat de la Belgique à un moment donné fut son service anthropologique pénitentiaire, et cet éclat fut lié, moins exclusivement à la science, qu'à l'indépendance des médecins anthropologues et de leurs services. Même médiocre, un médecin indépendant est une puissance et un ferment".

Il semble donc, qu'il est préférable de conserver la pluralité des psychiatres, avec les inconvénients que cela représente : travail discontinu, manque parfois de corrélation dans certaines activités, mais aussi avec tous ses avantages : confrontation de différents points de vue, possibilité dans une certaine mesure pour le détenu de choisir son médecin, plus grande liberté d'action, plus grande variété d'activités thérapeutiques. Mais il importe essentiellement que chaque médecin de l'annexe soit un criminologue.

Ainsi que le notait Monsieur le Professeur Roche, le médecin criminologue doit avoir une formation différente de celle du médecin psychiatre et même de l'expert psychiatre.

C'est par une collaboration étroite d'une part avec éducateurs, psychologues, attelés comme lui à l'analyse du délinquant et d'autre part avec les membres de la Magistrature, de l'Administration pénitentiaire et de la Police, qu'il forme son expérience criminologique. Un tel médecin doit avoir une formation psychiatrique de base, mais il lui faut un apprentissage, qu'il réalise habituellement tout seul, pour être compétent dans un domaine médical tout

neuf. C'est dire la nécessité d'un enseignement de criminologie clinique. A Lyon grâce à une collaboration entre la chaire de neuro-psychiatrie de Monsieur le Professeur Dechaume et la chaire de médecine légale et de déontologie de Monsieur le professeur Roche, a pu se développer une école de criminologie clinique que dirige Monsieur le Professeur agrégé Colin. Aussi nous espérons voir bientôt la création d'un diplôme de criminologie clinique, dispensé par l'Institut Universitaire de médecine légale et de criminologie clinique.

Il importe que les activités de l'annexe évoluent de plus en plus non pas vers une dispersion, mais vers un polymorphisme ; en poussant à fond "telle ou telle forme de thérapie qui se sera révélée efficace ; ce fut le cas pour les cures de répulsion, c'est le cas actuellement pour les psychothérapies de groupe.

Il faut également que l'activité de l'équipe criminologique qui s'exerce à l'annexe psychiatrique puisse s'articuler, d'une part avec les centres d'observation type C.N.O. de Fresnes, prison-école, Maison centrale réformée, établissements spécialisés pour psychopathes ; et d'autre part avec des consultations criminologiques d'adultes en milieu ouvert.

Il convient également de parler ici d'un projet d'aménagement du service d'expertise criminologique. En effet, pour un tel service il importe de remettre le plus rapidement possible, au juge connaissant un compte-rendu aussi détaillé et précis que possible d'examen de personnalité, ou d'expertise psychiatrique.

Or ceci n'est pas toujours possible, et les magistrats se plaignent parfois du retard avec lequel ils reçoivent les mémoires. A quoi cela tient-il ?

En ce qui concerne les adultes, dans l'immense majorité des cas, il s'agit de détenus pour lesquels le juge d'instruction demande le plus souvent une expertise psychiatrique. Ils sont vus par un certain nombre de praticiens du secteur libéral et, pour partie, par deux praticiens appartenant à l'équipe médicale de l'annexe. Le principe de la double expertise est universellement appliqué dans ces cas d'adultes. Il arrive fréquemment qu'un des membres de l'équipe soit commis en même temps qu'un praticien libéral. Dans ce cas, les deux médecins ne travaillent pas au même endroit ni dans la même structure, et ont des difficultés à coordonner leur action. Il s'ensuit des retards dans le dépôt du rapport qui doit attendre les deux signatures (parfois trois).

Depuis la parution du nouveau code de procédure pénale, un certain nombre d'examen médico-psychologiques sont demandés par le Juge, dans les cas

prévus par la loi. Dans ce cas c'est la psychologue de l'annexe qui fait l'examen psychologique.

Chacun des praticiens qui fait un examen psychiatrique est rémunéré 50 Frs. L'examen médico-psychologique est payé 35 Frs.

La constitution d'équipes d'expertise permettrait une meilleure coordination dans l'examen du détenu et dans l'élaboration et le dépôt du rapport qui réduirait considérablement les délais. La criminologie est en effet un domaine où s'impose l'approche multi-dimensionnelle et pluri-disciplinaire et où le travail en équipe est une nécessité.

Il est possible d'envisager la constitution de telles équipes qui, sans vouloir s'arroger un quelconque monopole et dans le respect le plus absolu du droit du juge à recourir au praticien de son choix qu'il appartienne au secteur public ou au secteur libéral, spécialiserait au sein de l'annexe psychiatrique de la maison d'arrêt une consultation d'expertise pour le Parquet. Chacun des deux médecins de l'annexe habituellement désignés comme experts, pourrait prendre la direction d'une équipe. Ainsi même dans le secteur public un choix serait laissé au juge qui pourrait en outre, et devrait, recourir aux psychiatres libéraux. Chaque équipe comprendrait au moins deux médecins psychiatres et pourrait s'adjoindre un troisième collaborateur médical, un psychologue, une assistante sociale. Pour permettre le recrutement de ces équipes et le fonctionnement de cette consultation destinée à accélérer et à améliorer les rapports d'expertise, il importe de pouvoir rémunérer les praticiens. Aux deux examens psychiatriques classiques (50 + 50 Frs) devraient s'adjoindre, dans les cas importants et ceux prévus par la loi, peut-être plus souvent que maintenant des commissions pour examen médico-psychologique et psychologique (35 + 35 Frs). Les quatre praticiens, trois médecins et un psychologue auraient alors la charge de rédiger un rapport de synthèse analogue à ce qui se fait en matière de délinquance juvénile au C.O.P.E.S. de Collonges, par exemple, et comprenant un examen psychiatrique, appréciations de la responsabilité au sens de l'article 81 du C.P.P. ou de déposer deux rapports séparés répondant aux deux commissions.

Après le bref rappel de ces quelques projets que nous espérons voir se réaliser bientôt, nous terminerons en citant à nouveau le Professeur Etienne Degreef "A ceux qui veulent mener un combat pour une justice plus parfaite, mêlée de charité, et qui de ce fait, ne désirent pas seulement pardonner, mais grandir les hommes que la vie a mis sur leur chemin, je dirais volontiers qu'il faut une collaboration scientifique et une organisation adminis-

trative plus parfaite et plus effective ; mais je leur dirais aussi qu'ils doivent savoir où ils vont, quel homme ils veulent voir naître de leur effort".

CONCLUSIONS.

- 1°. Après un bref rappel du système pénitentiaire français, l'historique des annexes psychiatriques et en particulier celui de l'annexe de Lyon a montré l'évolution des idées, de la notion même du terme d'annexe.
 Nous avons vu combien il est difficile de faire aboutir des idées : d'abord pour les voir apparaître dans les textes officiels ; ensuite pour que ceux-ci ne restent pas lettre morte.
 Nous avons vu également, les difficultés que rencontrent les médecins pour s'organiser au milieu d'une procédure administrative qu'ils connaissent mal, et qui souvent déroute.

- 2°. Les locaux de l'annexe, s'ils se révèlent insuffisants en nombre ; si leur aménagement est vétuste, ont l'avantage de se trouver en plein milieu carcéral.
 L'équipe médicale : nous avons vu l'importance qu'y avait l'assistante sociale-infirmière, élément permanent et stable, par rapport aux divers praticiens qui n'assurent qu'une activité temporaire.
 Importance aussi des surveillants-infirmiers, dont le double rôle n'est plus un handicap, comme on avait pu le craindre au début ; ceci dans la mesure, et c'est le cas actuellement, où l'Administration pénitentiaire se montre coopérante. Nous avons vu le rôle presque indispensable que tient l'assistante de psychologie clinique au sein de l'équipe médicale, apportant par ses techniques et sa compréhension, d'importants éléments d'appréciation.
 Quant aux psychiatres leur diversité et leur indépendance, semble avoir en fin de compte, plus d'avantages que d'inconvénients.

- 3°. Nous avons essayé de définir le mode d'approche des détenus : formel et nous avons insisté sur l'article 81 du Code Pénal, non formel. Nous avons également effleuré le problème de la relation psychiatre-détenu. Ensuite, nous avons parlé des activités thérapeutiques de l'annexe : chimiothérapie, psychothérapie individuelle, de groupe, ergothérapie, cures de répulsion alcoolique. Mais ces différentes techniques évoluent, se modifient au même rythme que l'évolution psychiatrique. L'annexe est d'ailleurs elle-même un lieu d'étude pour l'élaboration de nouvelles méthodes. Nous avons souligné l'importance des cures de répulsion alcoolique, depuis que l'annexe a été érigée en centre national de cure.
- 4°. Les études statistiques faites depuis 1954 montrent le nombre élevé de détenus vus en consultation, ou placés en observation. Nous avons essayé brièvement de donner un aperçu de quelques définitions : délinquant anormal, psychose carcérale, simulation, psychologie du détenu. Quelques observations font ressortir le type particulier des sujets que nous avons à voir et à traiter à l'annexe.
- 5°. Enfin nous avons essayé de montrer les inter-relations de l'annexe psychiatrique. Ouverte largement sur l'extérieur, grâce à ses rapports avec des consultations dans les centres de santé, avec l'hôpital psychiatrique, la Faculté et l'Institut de Médecine Légale et de Criminologie, elle peut avoir à l'intérieur de la détention un rayonnement d'autant plus important.
- Nous terminons en évoquant quelques perspectives d'avenir. Au total, c'est un bilan positif qui ressort de ces dix années de fonctionnement de l'annexe psychiatrique de la maison d'arrêt St Paul, et un encouragement à poursuivre.

Le Président de thèse :
Monsieur le Professeur
ROCHE

Vu et permis d'imprimer,
LYON, le 13 Avril 1964

Vu, le Doyen :
Professeur J.F.CIER.

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université, P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE.

- 1 ACHARENTRE A. BALVET P. - Influence des chimiothérapies sur l'évolution de la psychiatrie. L'information psychiatrique 1963, 10, 541, 549.
- 2 ALEXANDER M. Le service d'anthropologie pénitentiaire. Bull. de l'Administration des prisons, 1950 4, 55, 61.
- 3 ALEXANDER M. L'examen biologique et somatique des délinquants. Cycle européen d'études. Bruxelles, 3, 15 Décembre 1951. Impr. pénitent. Belge 12 p.
- 4 ALEXANDER M. LEY J. - Comment peut-on utiliser la science psychiatrique dans les prisons, tant pour le traitement médical de certains prisonniers que pour la classification des détenus et l'individualisation du régime pénitentiaire. Rapport au 12ème Congrès Pénal et pénitentiaire international. La Haye 1950. Impr. des prisons belges, 12 p.
- 5 AMOR, PIPROT D'ALLEAUME - Création d'annexes psychiatriques dans les établissements pénitentiaires (séance du 2/7/1946). Revue pénitentiaire et de droit pénal. N° 4, 5, 6 1947 Paris.
- 6 BAAN Quelques remarques sur la relation entre la criminalité de profession ou d'habitude et le déséquilibre mental. L'hygiène mentale 1956. P 197-222.
- 7 BACHET M. Mlle FLEURY, WEISS C. - 1er rapport sur l'annexe psychiatrique des Prisons de Fresnes, Melun 1952. Impr. Administrative 110 p.
- 8 BADONNEL M.M. Les principales catégories de délinquants mentalement anormaux. Rapport au groupe consultatif européen des nations unies en matière de prévention du crime et de traitement des délinquants.
- 9 BARBEY, CELLIER, CLAUDE, DELAY, FRIBOURG-BLANC, HUGUENAY - Rapport sur un projet de loi concernant les délinquants mentalement anormaux. Ann. Méd. Lég. 1944, 24, 91, 102.
- 10 BLACQUE-BELAIR et Ceillier - exposé du projet de résolution invitant le gouvernement à créer des annexes psychiatriques dans les prisons et les laboratoires d'anthropologie criminelle Ann. Méd. Lég. 1931. II, 99, 120.
- 11 BOUQUEREL J. Mme BOUQUEREL - L'annexe psychiatrique des prisons de Loos. I. problème de fonctionnement. Annales méd. psychol. 1953, III, II 60-64.

- 12 BRISSAUD J. (juge de la Seine) - Discussion du rapport d' A. CEILLIER, Mlle BADONNET et P. SCHIFF "Compte rendus du 21ème Congrès" Internat Méd. Lég. Paris 24-27 Mai 1937, Ann. Méd. Lég. 1937, 17, 1102-1123.
- 13 BROUSSOLLE P., COLIN M., Mme DUBOR, GUYOTAT J. - Hygiène mentale en milieu pénitentiaire. Fonctionnement d'une annexe psychiatrique en maison d'arrêt. Rev. Hyg. et Méd. Soc. 1956, 4 445-460.
- 14 BROUSSOLLE P. Rôle de la psychiatrie en criminologie. Etudes de criminologie clinique. Masson 1964, 61-68.
- 15 BROUSSOLLE P. Points de vue psychologiques dans la conduite des soins psychiatriques. Vie sociale et traitements 1963, 46, 4-8.
- 16 BROUSSOLLE P., Mme DUBOR. - Les annexes psychiatriques des prisons, Organisation, ann. de méd. Lég. et de criminologie 1958, 3, 123-134.
- 17 BROUSSOLLE P., GRUNTHALER C. - La consultation criminologique d'adultes en milieu ouvert. Compte rendu à la Société de médecine légale et de criminologie. Séance du 13 Mai 1963.
- 18 BROUSSOLLE P., THIEBAUT E., BOUVARD J., Mme ROQUES. - Quatre années de cures de répulsion alcoolique à l'annexe psychiatrique des Prisons de Lyon.
- 19 BUFFARD S. Psychothérapie de groupe chez les délinquants en milieu fermé. Etudes de criminologie clinique. Masson 1964, 218-235.
- 20 CEILLIER A. La prophylaxie criminelle pénitentiaire. Rapport au 21ème Congrès Internat. de méd. Lég. et Méd. Soc. Paris 24-27 Mai 1937, Ann. Méd. Lég. 1937, 17, 324-348. Chronique de défense sociale des années 1948 et 1949. in rev. sc. crin. et droit pén. comp.
- 21 CHARON S. Les examens paracliniques et l'expertise mentale en matière pénale. Thèse Bordeaux 1956, 110 p.
- 22 CLAUDE H., SCHIFF P. - Sur la nécessité des annexes psychiatriques des prisons. Ann. Méd. Lég. 1932, 12, 12-515.
- 23 COLIN M. Les annexes psychiatriques des prisons. Problèmes médico-légaux. Ann. de Méd. Lég. et de criminologie. 1958, 3, 134-141.
- 24 COLIN M., BUFFARD S., COTTE L., DAGONNET F., MARIN A. - Examen de personnalité et criminologie (étude clinique et médico-légale). Masson 1961, 100 p.
- 25 CONAN La consultation d'hygiène mentale de la maison d'arrêt de Rennes. Thèse Paris 1957, dactyl. 82 p.

- 26 CORNIL L. et OLIVIER H. - une réforme médico-sociale urgente des centres médico-légaux et d'expertises psychiatriques. P. 125 à 134? In problèmes de sélection. Paris, Le François 1948, 151 p.
- 27 DECHAUME J. L'alcoolisme, Introduction, Cahiers médicaux lyonnais, 1963 T. 39, 6 569-570.
- 28 DE CRAENE et ALEXANDER - 25 années de fonctionnement de l'annexe psychiatrique. Communic. au 11ème congrès international de médecine légale et sociale. Bruxelles 25-29 Juin 1947.
- 29 DE GREFF E. Bilan d'une expérience. Trente ans comme médecin anthropologue des prisons en Belgique. Esprit 1955, 23, 649-674.
- 30 DE GREFF E. Introduction à la criminologie. Ed. de l'Eclou, Louvain 1937
- 31 DUBLINEAU J., HIVERT P. - Sur quelques problèmes nouveaux posés par la psychopathologie pénitentiaire, Annales médico-psychologiques, T II, n° 2, 271-278.
- 32 FONDATION INTERNATIONALE PENALE ET PENITENTIAIRE - Les méthodes modernes de traitement pénitentiaire. Impr. Pénitent. 167 p.
- 33 GERMAIN Exposé sur l'état actuel des annexes psychiatriques, aux journées de défense sociale de Lille. Revue sc. Crim. et de Droit Pénit. compt. 1954, 9, p. 813
- 34 GUYOTAT J. L'examen psychologique clinique, cahiers médicaux lyonnais, 1962, T 38, 3, 261-270.
- 35 HEGER-GILBERT F. - Considérations sur le régime pénitentiaire, les annexes psychiatriques et l'amendement par le travail. Bull. de l'Académie Roy. de Méd. de Belgique, 1919.
- 36 HEGER-GILBERT F. - Les réformes du système pénitentiaire en Belgique. les Annexes psychiatriques, l'Ecole de criminologie et de police scientifique. Ann. Méd. Lég. 1921 - 2, 72-82.
- 37 HEGER-GILBERT. VERVAECK Louis - Les réformes pénitentiaires en Belgique, 1921, 1922. Ann. Méd. Lég. 1922, I. 105-136.
- 38 HESNARD A. Psychologie du crime. Payot, Paris 1963, 354 p.
- 39 HUGUENY L. DONNADIEU DE VABRES H., ANCEL M. - Les grands systèmes pénitentiaires actuels. Exposé systématique du régime appliqué dans les différents pays. Tome I, 1950, 448 p. Tome II, 1955, 348 p. Centre français de droit comparé - recueil Sirey, Paris.
- 40 JOUSSELIN D. Réflexions sur l'ergothérapie, Perspectives psychiatriques, 1963, 5. 51-55.

- 41 KATMERER Th. La relation entre médecin et inculpé dans l'expertise mentale criminelle, l'évolution psychiatrique, 1956, II 433-445.
- 42 KOGI S. Etude criminologique et psycho-pathologique des condamnés à mort ou aux travaux forcés à perpétuité au Japon, Annales médico-psychologiques, T II, 3, 377-450.
- 43 LEVASSEUR G. L'examen de personnalité prévu au nouveau code de procédure pénale. Examen de personnalité en criminologie (aspects juridiques et administratifs), Masson 1961, 41-55.
- 44 MARCHELIS Psychiatrie et délinquance. Contribution à l'étude de la crininogénèse chez l'homme adulte. Thèse Paris, 1952.
- 45 MARTIN Etienne - La réorganisation du service pénitentiaire belge. Les laboratoires d'anthropologie pénitentiaire. Annexes psychiatriques. Sections thérapeutiques spéciales pour les anormaux et les malades dans les prisons. Organisation du service industriel dans les prisons. Les prisons écoles. Ann. Méd. Lég. 1921. I. 312-323.
- 46 MERLAND A., OLLIVIER H. - Le fonctionnement et l'activité de l'annexe psychiatrique de Marseille, Ann. de Méd. Lég. et de criminologie, 1958, 3, 142-144.
- 47 NICOLAS J.M. Problèmes de inter-relations humaines en milieu psychiatrique hospitalier. Thèse Lyon 1964, 15, 157 p.
- 48 OHM A. Haltungs stile lebenslänglicher (Kriminologische Untersuchungen in Zuchthaus) Berlin, 1 Vol. 1959. Walter de Gruyter et Co, 161 p.
- 49 PALMADE G. La psychothérapie. Presses universitaires de France. Coll. Que sais-je, 480, 127 p.
- 50 PEILLOD M. Le rôle de l'assistante sociale au sein d'une équipe de criminologie clinique. Masson 1964, 281-290.
- 51 PERDRIAU Rapport général sur l'exercice 1954, P. 191-192, paragr. 30 à 34 concernant les Annexes. Publication du Ministère de la Justice.
- 52 PERRET et Coll. - Le dépistage des anormaux psychiques délinquants à la maison d'arrêt de Toulouse, par la Sous-Commission médicale de Toulouse. Rev. Sc. Crim. et Droit pén. comp. 1949, 400-404.
- 53 PINATEL J. Traité élémentaire de science pénitentiaire et de défense sociale, Impr. Administ. Melun 1950, 567 p.
- 54 REYSS-BRION R. - La cure de désintoxication : mythes et réalités, cahiers médicaux lyonnais. 1963 T. 39, 6, 643-651.

- 55 ROCHE L. Intervention, 1er Congrès français de criminologie, Lyon 21-24 Octobre 1960. Examen de personnalité en criminologie (aspects juridiques et administratifs), Masson 1961, 175-176.
- 56 THIEBAUT E. Une expérience de criminologie clinique auprès des relé-gables. Thèse Lyon 1961, 155, 145 p.
- 57 TOULOUSE Article sur les mauvaises conditions de pratique des ex-pertises. Le journal, 22 décembre 1928.
- 58 VERMEYLEN P. La mise en observation psychiatrique suspend-elle les ef-fets du mandat d'arrêt ? Arch. de Droit et Crim. et Arch. Internat. Méd. Lég. 1934, 548-555.
- 59 VERVAECK L. L'organisation anthropologique du système pénitentiaire en Belgique. Ann. de Méd. Lég. 1921, I. 142-147.
- 60 VERVAECK L. Les avantages des annexes psychiatriques des prisons au point de vue pénal et pénitentiaire. Arch. Droit, Pén. et Crim. et Arch. Internat. Méd. Lég. 1927, 259, 269.
- 61 VERVAECK L. L'annexe psychiatrique des prisons. Son rôle dans l'appli-cation de la loi de défense sociale. Arch. Droit Pén. et Crimin. et Arch. internat Méd. Lég. 1932, 345-369.
- 62 VOULET J. Les prisons. Presses universitaires de France. Coll. Que sais-je. 493, 127 p.
- 63 VULLIEN R. Les conditions de l'expertise médico-légale psychiatri-que criminelle. (Les annexes psychiatriques des prisons). Rapport de médecine légale. 33ème congrès des Méd. Alién. et Neurol. Barcelone 1929, Paris, Masson 1929, 28 p.
- 64 VULLIEN R. et Coll. - Rapport sur l'expérience de dépistage des psycho-pathes par un examen systématique de tous les prévenus entrés à la maison d'arrêt de Loos de Juillet 1947 à Juil-let 1948. Sous Commission Médicale de Lille; Revue Sc. Crim. et Droit Pén. Comp. 1949, 612-613.
- 65 Rapports et documents du groupe consultatif européen des Nations Unies en matière de prévention du Crime et de traitement des délinquants (Groupe de Travail ayant siégé à Strasbourg) avec la collaboration du Conseil de l'Europe, du 9 au 14 Septembre 1952.

TABLE DES MATIERES.

p. 1	-	INTRODUCTION.
p. 4	-	LE SYSTEME PENITENTIAIRE FRANCAIS.
p. 11	-	HISTORIQUE DES ANNEXES PSYCHIATRIQUES.
p. 17	-	L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE DE LA MAISON D'ARRET DE LYON.
p. 18	CHAPITRE I.	<u>HISTORIQUE.</u>
p. 33	CHAPITRE II.	<u>LOCAUX.</u>
p. 36		Plan de l'annexe.
p. 38	CHAPITRE III.	<u>L'EQUIPE MEDICALE.</u>
p. 38		Les surveillants.
p. 39		L'assistante sociale.
p. 45		L'assistante de psychologie clinique.
p. 47		Les psychiatres.
p. 48	CHAPITRE IV.	<u>LES ACTIVITES DE L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE.</u>
p. 48		A- Mode d'approche des délinquants anormaux.
p. 55		B- Activités thérapeutiques.
p. 57		Chimiothérapie et Psychothérapie.
p. 61		Psychothérapie de groupe.
p. 68		Les cures de répulsion alcoolique.
p. 85		Ergothérapie.
p. 86	CHAPITRE V.	<u>LES DETENUS VUS A L'ANNEXE.</u>
		Statistiques.
p. 86		Le délinquant anormal.
p. 87		Psychose carcérale, simulation.
p. 88		Essais de classification psychologique.
p. 91		Observations.

p. 118	CHAPITRE VI.	<u>LES RAPPORTS DE L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE.</u>
p. 118		A. L'annexe psychiatrique et ses relations à l'intérieur de la détention.
p. 122		B. L'annexe psychiatrique et ses relations à l'extérieur de la détention.
p. 127	CHAPITRE VII.	<u>PERSPECTIVES D'AVENIR.</u>
p. 132	-	CONCLUSIONS.
p. 134	-	BIBLIOGRAPHIE.

